UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

ANNÉE 1969 - THÈSE N° 184

Description, analyse critique et essai de compréhension de l'Homosexualité chez le Schizophrène Masculin

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le 29 Septembre 1969

par

Jean-François BARGUES

Interne des Hôpitaux de Bordeaux

Né le 22 Juin 1938 à AGEN (Lot-et-Garonne)

EXAMINATEURS

MM. M. BLANC, Professeur ..... *Président*

J.M.A. FAURE, Professeur ..... } *Juges*

M. BERGOUIGNAN, Professeur .... } *Juges*

H. POUYANNE, Professeur ..... } *Juges*

IMPRIMERIE CASTET - BORDEAUX

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41543910_0064

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

ANNÉE 1969 - THÈSE N° 184

Description, analyse critique et essai de compréhension de l'Homosexualité chez le Schizophrène Masculin

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le 29 Septembre 1969

par

Jean-François BARGUES

Interne des Hôpitaux de Bordeaux

Né le 22 Juin 1938 à AGEN (Lot-et-Garonne)

EXAMINATEURS

MM. M. BLANC, Professeur. ... . *Président*

J.M.A. FAURE, Professeur ....

M. BERGOUIGNAN, Professeur..... *Juges*

H. POUYANNE, Professeur .....

IMPRIMERIE CASTET - BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

DOYENS HONORAIRES : MM. G. PORTMANN, R. SIGALAS

DOYEN : M. H. BRICAUD. — **ASSESSEURS :** MM. J. MASQUELIER, P. LAUMONIER.

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. CHARRIER, DUBREUIL, CREYX, DARGET, R. SIGALAS, G. PORTMANN M RIVIÈRE R GIRARD
C. PIFFAULT, R. FABRE, R. DUFOUR.
P. FOURMENT, E. AUBERTIN, X.-J. DUBECQ, L. MASSÉ, A LACHAPÈLE, G. VITTE.

PROFESSEURS TITULAIRES :

MM.	
P. DELMAS-MARSALET	*Clinique des maladies nerveuses et mentales.*
P. DERVILLÉE	*Médecine légale et Médecine du travail.*
R. MANDOUL	*Zoologie et parasitologie.*
R. CASTAGNOU	*Toxicologie et hygiène appliquée.*
J. REBOUL	*Carcinologie.*
P MESNARD	*Chimie organique et Chimie analytique.*
R. GRANDPIERRE	*Physiologie.*
P. BROUSTET	*Clinique médicale cardiologique.*
N.	*Clinique chirurgicale.*
F. TAYEAU	*Biochimie médicale A.*
G. MAYER	*Histologie et embryologie.*
F. BLANQUET	*Physique nucléaire appliquée et radiobiologie.*
R. SARIC	*Clinique médicale.*
L. POUYANNE	*Clinique chirurgicale orthopédique et traumatologique.*
J.-J. DUBARRY	*Hydro-climatologie thérapeutique et clinique des maladies de l'appareil digestif.*
F.-J. TRAISSAC	*Clinique thérapeutique.*
R. MAHON	*Clinique d'accouchements.*
R. PAUTRIZEL	*Immunologie et biologie parasitaire.*
Mlle G. ROUGIER	*Biologie appliquée à l'éducation physique et aux sports.*
G. MOUSTARDIER	*Bactériologie.*
E. BESSIÈRE	*Clinique ophtalmologique.*
H. LEGER	*Anatomie pathologique.*
J. MASQUELIER	*Matière médicale.*
G. MORETTI	*Clinique médicale propédeutique et médecine tropicale.*
N	*Clinique oto-rhino-laryngologique.*
P. LAUMONIER	*Clinique chirurgicale pleuro-pulmonaire.*
J. LENG-LÉVY	*Clinique médicale et des maladies infectieuses.*

MM.	
R. LETAC	*Pathologie et recherche chirurgicales*
R. QUILICHINI	*Pharmacie galénique.*
E. NEUZIL	*Biochimie médicale B.*
R. STOLL	*Biologie.*
J. LANGE	*Clinique urologique.*
P. FRÉOUR	*Hygiène et Clinique de pneumo phtisiologie.*
F. RIGAUD	*Anatomie.*
J. FAURE	*Médecine expérimentale et physiopathologie.*
G. DUBOURG	*Clinique chirurgicale des maladies cardiaques.*
J. VILLAR	*Clinique gynécologique.*
P. LE COULANT	*Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.*
M. BERGOUIGNAN	*Pathologie nerveuse et mentale.*
J. DUHAMEL	*Physique médicale et pharmaceutique*
R. BABIN	*Pharmacie chimique.*
H. CHOUSSAT	*Pathologie médicale.*
L. CHASTRUSSE	*Clinique obstétricale.*
P. VERGER	*Clinique médicale des maladies des enfants.*
F. LAPORTE	*Chirurgie générale.*
R. TINGAUD	*Clinique chirurgicale.*
H. LAUBIE	*Botanique et cryptogamie.*
Cl. RICHIR	*Anatomie pathologique.*
R. GOLSE	*Chimie générale et Chimie minérale*
J. BAILENGER	*Zoologie et biologie animale.*
J.-Cl. COLLETER	*Chimie analytique.*
H. BRICAUD	*Médecine générale.*
P. BENOIT	*Clinique odonto-stomatologique*
Cl. MARTIN-DUPONT	*Clinique néphrologique.*
J. CANELLAS	*Pharmacodynamie et hydrologie.*
R. CANIVENC	*Histologie.*
G. DELORME	*Electroradiologie.*
J. DEPAULIS	*Séméiologie chirurgicale.*
J. RIVIÈRE	*Séméiologie médicale.*
P. DARMAILLACQ	*Chirurgie générale.*

PROFESSEURS SANS CHAIRE :

MM.	
J. DAVID-CHAUSSÉ	*Médecine générale.*
J. MARQUEVIELLE	*Biochimie médicale.*
H. DULONG DE ROSNAY	*Bactériologie.*
M. BLANC	*Neuro-psychiatrie.*
Cl. MASSÉ	*Chirurgie générale.*
R. MARAUD	*Histologie et embryologie.*
P. DU PASQUIER	*Bactériologie*
J. STAEFFEN	*Médecine générale.*
J.-P. DUBECQ	*Obstétrique*

MM.	
R. CROCKETT	*Chimie organique et chimie analytique.*
G. NEVERRE	*Physiologie.*
J. MEUNIER	*Histologie.*
A. SERISÉ	*Hygiène.*
P. FERRET-BOUIN	*Physique médicale.*
J. VIDEAU	*Anatomie.*
R. CASTAING	*Médecine générale et thérapeutique*
L. DOUTRE	*Chirurgie générale.*

MAITRES DE CONFERENCES AGREGES :

MM.	
P. BLANCHOT	*Médecine générale.*
R. JENSEN	*Chimie biologique.*
J. BROUSSIN	*Electroradiologie.*
R. TESSIER	*Pneumo-phtisiologie.*
Mme J. SÉCHET	*Biochimie médicale.*
C. LAGARDE	*Carcinologie.*
C. BÉRAUD	*Thérapeutique.*
H. LAZARINI	*Médecine légale et Médecine du travail.*
J. SOUMIREU-MOURAT	*Obstétrique.*
J. CABANIEU	*Médecine générale.*
R. LE LOURD	*Pneumo-phtisiologie.*

MM.	
L. COURAUD	*Chirurgie générale*
J. BENTÉGEAT	*Hématologie*
Cl. VRIGNAUD	*Physique pharmaceutique*
P. SOURREIL	*Dermato-vénéréologie*
L. ARNÉ	*Médecine générale et thérapeutique*
Cl. MARTIN	*Pédiatrie.*
R. BAUTE	*Cryptogamie.*
V. DARGELOS	*Microbiologie*
Mlle S. LARCEBAU	*Toxicologie.*
C. WONÉ	*Médecine générale et thérapeutique*

UNIV. LEIDEN BIBL.

MAITRES DE CONFERENCES AGREGES (suite) :

MM.

J. JULIEN ..... *Médecine générale et thérapeutique.*
J.-J. BATTIN ..... *Pédiatrie.*
M. DALLOCCHIO .... *Cardiologie et maladies vasculaires*
J. AUBERTIN ..... *Maladies infectieuses.*
P. VÉRIN ..... *Ophtalmologie.*
M. GOT ..... *Neuro-chirurgie.*
J. TAVERNIER ..... *Electroradiologie : diagnostic et thérapeutique.*

MM.

J. VINCENT ..... *Physiologie et explorations fonctionnelles.*
L. CHEVAIS ..... *Anesthésiologie.*
G. GILLARDEAU ..... *Anesthésiologie.*
J. HONTON ..... *Orthopédie et traumatologie.*
M. BOMBART ..... *Orthopédie et traumatologie.*
A. HUGUES ..... *Cancérologie.*
M. SABATHIÉ ..... *Anesthésiologie*
P. LOISEAU ..... *Neuro-psychiatrie.*

AGREGES EN EXERCICE :

MM.

M. PORTMANN ..... *Oto-rhino-laryngologie.*
F. BALLANGER ..... *Urologie.*
P. BIRBIS ..... *Chirurgie générale.*
J.-P. CALAMEL ..... *Chirurgie générale.*
L. TEXIER ..... *Dermato-syphiligraphie.*

MM.

H. POUYANNE ..... *Neuro-chirurgie.*
R. GENESTE ..... *Orthopédie.*
F. FONTAN ..... *Chirurgie générale.*
J. LASSERRE ..... *Orthopédie.*

AGREGES LIBRES :

MM.

G. FAUGÈRE ..... *Obstétrique.*
M. L'ÉPÉE ..... *Médecine légale.*

MM.

H. CABANIÉ ..... *Anatomie.*
L. CORCELLE ..... *Ophtalmologie.*

CHARGES DES FONCTIONS DE MAITRE DE CONFERENCES :

MM.

P. BONJEAN ..... *Anatomie.*
M. LAHOURCADE ..... *Parasitologie.*
M. SENTENAC ..... *Anatomie.*
G. DELMON ..... *Anatomie pathologique.*

MM.

I. TRIBOULEY ..... *Immunologie, sérologie.*
F.-X. MICHELET .... *Stomatologie.*
E. JOUZIER ..... *Chimie biologique (pharmacie).*
L. PINSON ..... *Oto-rhino-laryngologie.*

Le Conseiller administratif, Chef des Services administratifs : André ARGILAS.

L'attaché d'administration universitaire, Directeur du cabinet,
Mme M.-C. CHAPENOIRE.

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle entend ne leur donner ni approbation, ni improbation

A LA MEMOIRE DE MA MERE

Seul drame d'un adolescent privilégié.

A MARYVONNE

« Te septembre, octobre, novembre, décembre et le temps qu'il faudra. »
(Henri Pichette.)

A NOS DEUX FILLES, AUX AUTRES A VENIR

A MON PERE

Une égale pudeur de sentiment n'est pas arrivée à nous éloigner. S'il est des pères qui écrasent leurs fils de leur notoriété, tu es de ceux qui en usent comme d'un bien commun et comme d'une invite à aller plus loin. La référence à toi me guide bien souvent.

A MES FRERES ET SŒUR :

Michel, Marie-Lise, Denis.

Jumeaux dans mon affection.

A MA BELLE-FAMILLE

A toute la maisonnée joyeuse et fidèle.

A MES ONCLES ET MES TANTES

AU PERSONNEL MEDICAL DU CENTRE ABADIE

A Mme DEGRAVE, Mme YVERT, Mlle POUMAYOU, Mlle DARRICAU,
A Mme CHATELIER, Mlle FAURE, Mme TURIN.

Qui font l'ambiance chaleureuse de notre maison.

A LA CHAINE DE SOLIDARITE
DES SECRETAIRES MEDICALES

Dont le dévouement, la célérité et la compétence ont permis la réalisation de ce travail dans des conditions difficiles : Mlle BEUVIGNON, Mlle PUYO, Mme DARRICAU, Mlle PRADOUX, Mme RAGNI, Mlle CAPDEVILLE.

A TOUS MES AMIS

A Bernard et Fafa JOTHY. A Antigone. A Josette. A Norbert.

A MES MAITRES DES HOPITAUX ET DE LA FACULTE

A MES MAITRES D'UN LONG EXTERNAT

1960 : Professeur CORCELLE.

Attachement filial.

1961 : Professeur MAGENDIE (†).

Respectueux souvenir.

Professeur DUBOURG.

Au gentilhomme chaleureux,
Aux souvenirs douloureux que votre nom m'évoque.

1962 : Professeur E. AUBERTIN.

A l'exigence salutaire.

Professeur DULONG de ROSNAY.

Respectueusement.

1963 : Professeur LENG-LÉVY.

J'ai gardé une attache dans votre service.

Professeur du PASQUIER.

A la générosité et à la distinction de votre intelligence.

A MES MAITRES DE L'INTERNAT

1964 : Professeur Le Lourd.

Je retiens avec prudence votre conseil : « Oubliez ce que vous avez appris et émettez des hypothèses. »

1966 : Professeur Delmas-Marsalet.

Pour la touchante sollicitude avec laquelle vous m'avez accueilli jeune interne et que vous avez toujours manifestée chaque fois que je suis allé frapper à votre porte.

Professeur Arné.

Nous devons beaucoup à votre indulgence, à votre disponibilité, à la sagesse de vos conseils aux heures difficiles.

1967 : Professeur Leng-Lévy.

A la truculence de votre intelligence. A votre enthousiasme communicatif. Au culte du travail et du malade que vous essayez de nous transmettre. A la fidélité qui nous unit à votre famille.

Professeur H. Pouyanne.

1968 : Professeur Delmas-Marsalet.

Professeur Blanc.

1969 : Professeur Bergouignan.

Professeur Faure.

A MES CAMARADES DE L'INTERNAT

Qui m'ont élu à la tête de leur deuxième bureau lors du printemps 1968. A la fraternité agissante de cette époque.

A MES CAMARADES
DU CERCLE D'ETUDES PSYCHIATRIQUES
ET A SON DIRECTEUR, LE DOCTEUR HENRI EY

Pour la richesse de votre enseignement et votre bienveillante sollicitude à mon égard.

A L'INTERNAT DE L'HOPITAL PSYCHIATRIQUE
DE CHATEAU-PICON

Où a, sans doute, soufflé en premier le vent de l'unité.

AU DOCTEUR Wladimir GRANOFF

AU DOCTEUR DORON

Pour son aide bibliographique et la simplicité de nos rapports dans le cadre de l'enseignement de psychopathologie aux étudiants psychologues.

AUX DIRECTEURS DE SEMINAIRES
QUI ONT PRETE LEUR CONCOURS
A UN ENSEIGNEMENT PSYCHIATRIQUE NOUVEAU

Au Docteur Damon.

En souvenir d'une déjà vieille amitié.

Au Docteur Demangeat.

Que l'intelligence a su mettre à l'avant-garde des pensées les plus neuves.

Au Docteur Geissmann.

Dont la rigueur et la ténacité forcent l'admiration.

AUX CO-MEMBRES DU COMITE
ET DU SECRETARIAT DU COLLEGE REGIONAL
DE PSYCHIATRIE DE BORDEAUX

Puisse l'action rester toujours la sœur du rêve.

PUIS DU CONSEIL D'ADMINISTRATION
ET DU COMITE DIRECTEUR DE L'UNITE COLLEGIALE
UNIVERSITAIRE DE PSYCHIATRIE D'AQUITAINE

Dont nous attendons tant.

ENFIN DU COMITE TRANSITOIRE DE GESTION
DE LA FACULTE DE MEDECINE

AUX CHEFS DE CLINIQUE ASSISTANTS

Au Docteur Bourgeois.

Si tu ne reconnais pas dans ce travail ton enfant, du moins reconnaîtras-tu à ce petit neveu un air de famille. La richesse de bien des observations est ton fait.
Amicalement.

Au Docteur Fénelon.

Amicalement.

Au Docteur B. Leng et au Docteur P. Magendie.

Pour leur indulgence.

Au Docteur V. Riemens.

Fidèle attachement.

Au Docteur D. de Boucaud.

A qui nous devons l'idée et la première ébauche de ce travail. Pour l'efficacité de son aide.

Au Docteur P. Henry.

Amicalement.

A Jean-Didier VINCENT,
Maître de conférences,
Agrégé de physiologie et exploration fonctionnelle,
Biologiste des hôpitaux.

Regrettons que l'Amérique nous prive de toi ce soir.
Espérons te retrouver bientôt aussi dynamique, exigeant et amical.

A MES JUGES

Monsieur le Professeur Henri POUYANNE,

Professeur de clinique neuro-chirurgicale,
Neuro-chirurgien des hôpitaux, chef de service,
Chevalier des Palmes académiques.

Au souvenir des soirées de l'été 1967 prolongées tard après quelque opération difficile. Au marin. Au mélomane. A l'incroyable chaleur humaine que vous créez autour de vous. A votre bonté. A la précision de votre sens clinique. A l'acuité et à la profondeur de votre humanité et de votre intelligence. A tous ces liens d'amitié qui nous unissent à votre famille.

Monsieur le Professeur BERGOUIGNAN,

Professeur de pathologie nerveuse et mentale,
Médecin des hôpitaux, chef de service,
Croix de guerre 1939-1945,
Officier des Palmes académiques.

Interne dans votre service, j'ai été en mesure d'apprécier l'étendue et la profondeur de vos connaissances. Mais vous n'êtes pas de ceux qui regardent passer le monde à l'abri de leur savoir. La perspicacité de votre jugement et la grandeur de votre générosité ont fait que vous avez contribué pour une part essentielle à la création de l'unité de psychiatrie.

Monsieur le Professeur FAURE,

Professeur de médecine expérimentale,
Biologiste des hôpitaux, chef de service,
Croix de guerre 1939-1945,
Croix du Combattant volontaire de la Résistance,
Officier des Palmes académiques,
Senior Fellow de l'Institut Neurologique de Montréal
(Université Mc Gill).

Une parfaite franchise a toujours existé dans nos rapports, que ce soit comme votre interne ou votre attaché de Faculté. Vous nous montrez l'exemple de l'ascèse dans le travail. Nous vous devons l'inestimable privilège de poursuivre notre carrière hospitalière comme votre assistant. Soyez-en vivement remercié.

A NOTRE PRESIDENT DE THESE

Monsieur le Professeur BLANC,

Professeur sans chaire (Neuro-psychiatrie),
Médecin des hôpitaux, chef de service,
Directeur d'études de la
section de psycho-pathologie (Institut de psychologie),
Chevalier des Palmes académiques.

Vous avez su cristalliser un très grand espoir pour la psychiatrie, celui d'une science agrandie, unie et autonome. Vous personnifiez cet espoir sur le plan national à la tête de notre unité d'enseignement et de recherche. Il est facile de travailler à votre contact. Vous savez abolir les différences. Et le souhait que je formule est de travailler longtemps dans votre orbite.

INTRODUCTION

« J'ai l'impression de ne pas exister quand je suis avec quelqu'un, j'ai l'impression de me jeter ventre contre ventre. »

Ces mots d'un de nos malades[1] résument le sujet de notre travail. Mais si l'on n'aime pas les boutades, écoutons encore : « On m'entend dire, on m'entend penser..., on doit entendre la voix du ventre, de la pensée qui fait parler le ventre », et plus loin : « Je me demande parfois si je suis bien homosexuel ou pas... j'ai toujours eu envie de m'identifier à un homme. Je vois l'image de moi-même entrant dans le corps d'un autre homme. »

C'est de l'observation clinique la plus immédiate qu'est né ce travail. Un nombre important de ces malades, qui présentent des distorsions de leurs perceptions corporelles, une impossibilité diffuse à maintenir leur identité, une perte du contrôle de leur pensée, de leur émotion et de leur motricité au point de perdre le sentiment d'unité d'eux-mêmes ; un nombre important de ces malades, que

(1) Observation 10, présentée par le Docteur D. de Boucaud à la réunion de Neuro-Psychiatrie de Bordeaux et du Sud-Ouest, le 7 juillet 1968.

l'on nomme schizophrènes, se pose à un moment donné de leur existence, et sous des formes variables, la question de savoir s'ils n'appartiennent pas à cette race de gens qu'on appelle homosexuels.

Ce travail voudrait être le reflet de trois préoccupations qui ont été les nôtres : observer, délimiter, comprendre. Observer, c'est-à-dire amasser sans *a priori* tous les faits cliniques où la schizophrénie prend le masque de l'homosexualité. Délimiter, c'est-à-dire préciser notre étude par rapport à la perversion et la paranoïa par exemple, et se faire une idée de l'histoire de la connaissance dans ce qui sera notre secteur. Comprendre, c'est-à-dire nous rapprocher du psychotique à la faveur de cette situation particulière.

Avant de commencer, nous voudrions apporter deux précisions rapides : l'une concerne les observés de cette étude, l'autre l'observateur. Nous n'avons retenu dans notre série que des sujets manifestement (aussi manifestement qu'il soit possible de l'affirmer en cette matière) schizophrènes. Tout au plus, nous avons conservé un malade que nous n'avons connu que quelques jours (obs. 12) lors d'une bouffée délirante aiguë. Ils ont tous développé des thèmes homosexuels. Enfin, ce sont tous des hommes et il nous faut expliquer ce parti-pris. C'est que l'homosexualité chez la femme, même psychotique, est d'observation moins courante, d'interprétation plus délicate et les travaux qui lui sont consacrés plus rares. C'est qu'enfin, ayant été amené dans un travail antérieur [1] à étudier l'homosexualité perverse masculine, nous étions mieux armés pour saisir la spécificité de l'homosexualité psychotique chez l'homme.

Certains pourraient s'interroger sur nos présupposés théoriques et exiger d'en être informés comme si, dans

(1) L'homosexualité masculine : étude clinique et mythologie. *Evol. Psych.*, 1969, n° 2.

l'hémicycle de la psychiatrie contemporaine, il n'était pas honnête de siéger sur le banc des non-inscrits ou des inscrits honteux. A ceux-là, nous confesserons que notre travail n'est guidé par aucun *a priori*. Comme tant d'autres, notre acquit est classique et nos perspectives analytiques balbutiantes. Encore faut-il préciser qu'en la matière ces balbutiements ne sauraient nous autoriser à prendre part à des querelles de tendances, et s'il apparaissait le contraire au cours de ce travail, qu'on veuille croire que nous n'avons défendu les couleurs d'aucune école, mais frayé notre voie vers une compréhension élémentaire.

*
* *

Nous diviserons notre travail en deux parties. Dans la première, nous concentrerons les faits cliniques recueillis. Nous grouperons, dans la deuxième, tout ce qui se rapporte à leur commentaire, qu'il s'agisse d'historique, de délimitation, de remarques cliniques ou d'approche plus directement compréhensive.

Première partie

OBSERVATIONS CLINIQUES

AVANT-PROPOS

Si nous avons conservé le mot observation, il n'en demeure pas moins que ce qu'on trouvera ci-après ne correspond pas dans la forme à ce que l'on entend habituellement par cela. Pas de plan identique commun, pas la succession habituelle. Car si, dans tel cas, les antécédents médicaux ou psychiatriques paraissaient capitaux, dans tel autre ils étaient superflus ; si, dans tel cas, toute l'histoire est infiltrée du fait que nous cherchons à cerner, dans tel autre, c'est dans l'examen en face à face que se révèle l'essentiel. Nous n'avons pas cherché à tout dire en quadrillant, nous avons essayé de faire surgir ou de transmettre une impression même au prix d'une certaine distance avec les seuls faits objectifs en notre possession (*cf.* obs. 12). Nous nous exposons à la critique du manque de méthode et du manque de clarté. Pour la première, qu'on veuille croire que notre démarche n'est possible qu'après un premier temps de méthode très rigoureuse et est un deuxième pas après elle. Pour la deuxième, nous avons cherché à gagner, en finesse et en profondeur, ce que nous risquions de perdre en clarté.

On pourra s'étonner de lire des récits assez sommaires et parfois presque absents sur l'histoire très précoce de la vie de nos sujets et celle de leur famille. Nous devons rappeler que nous avons travaillé sur un matériel clinique habituel et non sur celui résultant de psychothérapie prolongée où le matériel abonde sur ce qui se passe dans les tout premiers moments de l'existence. Nous devons à ce sujet regretter, ce qui nous paraît être le vice inévitable de ce travail, le hiatus entre l'observation clinique et l'interprétation théorique. Car, dans bien des cas, l'objet de notre étude survient dans un contexte clinique très aigu et quelle autre démarche compréhensive, en pareil cas, que d'observer.

Enfin, nous nous sommes privés du matériel livré par les examens psychologiques, le test de Rorchach en particulier, sauf une fois (obs. 6) où il nous livrait des éléments immédiatement utilisables. Si nous l'avions fait, nous aurions introduit une autre dimension radicalement nouvelle et différente qui aurait pu être en soi un objet d'étude (fort complexe) sur la façon dont ces sujets projetaient leur conscience imageante. Cela reste loin de notre préoccupation actuelle qui, nous l'avons signalé, est sans doute plus modeste mais raisonnablement ardue : observer, délimiter, comprendre.

Enfin, le lecteur trouvera-t-il peut-être en cours de lecture que les observations sont livrées en vrac, alors qu'on expliquera, en fin de première partie, qu'elles sont disposées selon un certain ordre. Mais, ici encore, cela ne justifiait pas, étant donné l'esprit dans lequel nous avons abordé notre étude, d'être appliqué comme une grille dont la réalité s'accommode assez mal.

En bref, cette première partie correspond au souci de livrer un matériel clinique aussi proche du réel que possible, c'est-à-dire chaotique, compact, complexe.

OBSERVATION N° 1

Th... (Jean-Marie).

Jean-Marie a vingt-six ans quand nous faisons sa connaissance, en 1963. Il travaille, dans l'intervalle de ses épisodes pathologiques, chez son père, notaire.

L'épisode d'homosexualité.

Se situe à l'âge de dix-sept ans, alors qu'il est élève en classe de philosophie. On ne relève aucun antécédent pathologique avant cet événement (rien n'a attiré l'attention des parents ni des deux frères cadets du malade). A cette époque donc, il sera l'objet de propositions de la part d'un camarade de classe. Il cède « par curiosité ». Les deux comparses se livrent à la masturbation à deux. Cet épisode, sur lequel le malade est fort discret, marque le début apparent de l'histoire psychopathologique.

Les principales étapes de la maladie.

Peu après, en 1953, il sera hospitalisé douze jours en milieu spécialisé pour un état dépressif d'aspect névrotique réactionnel. Il ne passera son bac que deux ans et demi après, en 1956.

Vers la fin de l'année 1956, il sera de nouveau hospitalisé dix jours, et quinze jours en 1957, pour des épisodes dépressifs comparables.

En 1958, alors qu'il est en deuxième année de droit, on évoque le diagnostic de processus discordant sur des éléments qui ne nous sont pas connus et l'on institue une cure de Sakel.

En 1959, il fait un épisode de dépression atypique.

En 1961, il est réformé pour « maladie nerveuse ». Il se marie peu après.

En 1963, il est hospitalisé au Centre Abadie pour une réactivation de sa psychose. Il est suivi, depuis, en consultation. Il a été réhospitalisé en 1964.

A l'examen.

Le contact que l'on a avec le malade est très évocateur. Il s'exprime avec lenteur et comme à regret. Le ton de sa voix est traînant, le cours de ses propos est suspendu par instants de silence. Sa pensée n'a aucune continuité.

On note quelques stéréotypies dans la mimique sans expression, les gestes sans but et des locutions sans signification (« enfin, si l'on veut... »). Son regard est vague et lointain.

Certains de ses propos surprennent par leur précision et leur complexité. Il donne l'impression de livrer en une phrase plusieurs années de réflexion. A la question de savoir les raisons de sa deuxième hospitalisation, il répondra : « C'est l'éclatement au ralenti de ma valeur... ça a étonné ma famille... J'ai aimé pleinement. »

Il nous interpelle, un jour, dans le service, pour nous déclarer : « Je voulais vous dire que mes ennuis de santé viennent d'une contradiction entre mes possibilités et mes limites. Résultat : les médecins me donnent depuis cinq ans des médicaments qui me laissent comme « cogné ».

Comme on vient de le voir, ce qui domine le tableau clinique, c'est la discordance. Son ambivalence est extrême. Il dit admirer la société bourgeoise et la société communiste, aimer Staline autant que de Gaulle, vouloir détruire la morale bourgeoise, mais lui être reconnaissant de ce qu'elle lui a appris.

Il présente un flou de la pensée, des barrages, une impossibilité à focaliser son attention et à se concentrer, qui font ressentir au malade une impression d'épuisement et lui font demander un « médicament carburant ».

Sans que l'on puisse parler de délire tout à fait manifeste, s'expriment certains thèmes bien discordants : thèmes messianiques et thèmes homosexuels. D'ailleurs, pour Henri Ey, la discordance n'est-elle pas « le degré zéro du délire » ?

Dans le service, il écrit à tous les journaux européens et aux grands de ce monde (Elisabeth d'Angleterre,

de Gaulle, Kroutchev, Paul VI) pour lancer un mouvement destiné à promouvoir la paix mondiale. Il écrit au journal *Sud-Ouest* : « ... La situation actuelle est virtuellement acquise à l'amour. Un choc spectaculaire et en profondeur provoquerait le mécanisme nécessaire et indispensable à sa catalysation. »

« Le choc serait créé si les meilleurs communistes, les meilleurs catholiques et les meilleurs autres d'Europe partaient ensemble sur la même voie royale. Chaque pays devra donc former un groupe d'hommes, de femmes et d'enfants qu'il missionnerait à Pékin, afin d'étudier les lois fondamentales de la vie. »

« En ce qui concerne la France, ce groupe est en gestation. Il sera définitivement soudé le dix-neuf juillet mil neuf cent soixante-quatre. »

Signature.

Le thème homosexuel est très discret. Dans un poème-éloge au Centre Abadie, écrit dans le service, il mentionnera cependant :

Comme un navire blanc, ancré sur l'océan vert.

. . . . . .

Comme plein de puissance entre des murs très solides.

. . . . . .

Comme maman guidait mes amours masculines.
Tel est le Centre Jean-Abadie de Bordeaux.

En conclusion, s'il est difficile dans cette observation de déterminer le rôle de l'homosexualité dans le développement du processus schizophrénique, il faut retenir qu'il en marque le début (il en est la première manifestation) et même, si sa place est discrète dans ce grand syndrome discordant, nous le retrouvons néanmoins à l'état de cicatrice.

OBSERVATION N° 2

M. G... (François), trente-quatre ans, manœuvre, sans domicile fixe.

syndrome hallucinatoire. C'est lui qui semble se nourrir de l'antécédent homosexuel et alimenter le syndrome de persécution, étant entendu que nous n'accordons à cette façon de voir que la valeur d'une image. Enfin, en plus de l'errance, du délire hallucinatoire à thème de persécution et d'homosexualité, on peut être frappé par l'évolution favorable, par le bon contact, par la « fraîcheur » du malade après quatorze ans de psychose. C'est un point sur lequel nous aurons l'occasion de revenir.

OBSERVATION N° 3

M. M... (Roland), vingt-deux ans, magasinier.

L'histoire de sa famille. — Il est l'aîné de deux garçons. Son père est adjudant-chef. A l'âge de neuf ans, la famille doit aller vivre en Afrique, au Gabon, pendant deux ans. Cette période verra le ménage parental se désagréger. Sa mère a une liaison et les disputes sont constantes. Roland garde le souvenir d'une scène particulièrement violente à laquelle il pense encore souvent. Il se souvient de l'extrême tristesse de sa mère, de ses pleurs et de la brutalité de son père. Peu de temps après le retour en France, la mère se suicide en se jetant dans la Garonne. Au retour d'Afrique, le père quitte l'armée pour entrer dans un petit commerce d'alimentation. Il rapporte des propos désobligeants pour son père de son oncle maternel à sa mère.

La vie sexuelle. — « J'ai commencé à me masturber à dix ans. Au début, c'était parce que c'était normal. Puis je me masturbais parce que j'étais malheureux, parce qu'il y avait des scènes de ménage entre mon père et ma mère. La première fois que je l'ai fait, ma mère m'a vu, elle ne m'a pas grondé, mais elle a pleuré.

» Vers treize ans, j'ai commencé à me déguiser en femme. Quand j'étais seul dans la maison, je mettais une table devant la glace, je me mettais à genoux sur la table et je me frappais

avec un fil d'aspirateur. Je le faisais peut-être dans le but de m'humilier, parce que j'avais un sentiment de culpabilité vis-à-vis de ma mère.

» Je considérais la masturbation comme une *punition* parce que je me considérais responsable de la mort de ma mère et en même temps (comme) une *jouissance, c'était la joie par la souffrance*. Après, j'allais me confesser. »

Pendant longtemps, il accompagnera ses masturbations de phantasmes de lui travesti en femmes, phantasmes teintés de l'image de sa mère.

A-t-il vraiment eu des rapports homosexuels ? Il s'en défend. Il a une fois embrassé un Arabe sur la bouche. A l'occasion d'une fugue, à dix-neuf ans, il passe une nuit dans un chantier avec deux Arabes qui se sont livrés à des attouchements qu'il a repoussés. Il dit avoir beaucoup prié pendant cette nuit. Son père est venu le chercher au commissariat. Il l'a vu pleurer.

L'histoire de la maladie de Roland s'étend sur quatre ans, entre 1964 et 1968. A dix-huit ans, en effet, il redouble sa première, il fait un épisode qualifié par le malade de dépressif, qu'il rattache à une discussion avec son père au cours de laquelle ce dernier lui aurait parlé de la liaison que sa mère avait eue en Afrique avec un autre homme.

Quelques mois plus tard, il fait cette fugue où il rencontre les deux Arabes et dont le récit est difficilement compréhensible, véritable imbroglio où l'on voit les personnages apparaître et disparaître comme dans ceratins vieux films humoristiques américains.

Le troisième épisode pathologique se situe à dix-neuf ans, quinze jours après son incorporation dans l'armée : « Un type, à la caserne, a fait une crise cardiaque et, juste à ce moment, un hélicoptère passait. J'ai couru chez le commandant pour lui demander d'entrer en liaison radio avec l'hélicoptère pour qu'il nous porte du sang. » Sa conduite est jugée bizarre. Il est transporté à l'hôpital. Lors d'une impulsion, il se jette sur une infirmière pour l'étrangler et doit être maîtrisé. « Au moment où l'on m'a piqué, j'ai vu la tête du

christ très rapidement dans ma tête. Il ne m'a rien dit. J'ai cru que j'étais mort. » Il est réformé pour schizophrénie paranoïde. De retour à la vie civile, il séjournera dans une clinique spécialisée. Il tentera de très nombreuses reprises de travail sans succès.

A l'examen, la discordance ne fait pas de doute. Malgré un aspect sthénique et une certaine effusion qui peuvent donner le change, il monologue ou répond à côté. Il passe sans raison décelable d'un air de catastrophe à des éclats de rire. Il suspend son discours lors d'un récit enflammé. Il présente des intuitions concernant sa mort imminente. Son délire se développe dans de multiples directions.

« J'ai demandé à venir ici parce que, à X... (maison de repos où il était hospitalisé), j'ai cru reconnaître le type qui avait couché avec ma mère en Afrique. Je pense que c'est lui, mais je n'en suis pas sûr. Un jour, à table, il a raconté l'Afrique, il a parlé « d'amour vache ».

» A l'hôpital de Lavéran, à côté de moi, il y avait un malade qui ne voulait pas manger ; alors ils le nourrissaient avec du Largactil en perfusion et moi je lui ai donné de l'eau et il est mort. J'ai l'impression que je suis responsable de cette mort.

» J'ai un copain qui est anarchiste et je crois qu'il a tué. C'est lui qui a fait dérailler le train de Toulouse. »

Ce qui semble dominer dans la psychose de Roland M..., c'est la complexité du récit, l'opacité des propos et l'aspect compact du matériel clinique. Il nous livre dans un seul jet l'image de lui priant devant les gendarmes au commissariat, de lui cherchant à obtenir du sang d'un hélicoptère qui passe, sa fugue inexpliquée, qu'il a vu le christ quand on lui a fait une injection intraveineuse, qu'il a voulu étrangler une infirmière. Certains thèmes semblent néanmoins revenir avec une certaine constance : la survenue inopinée d'angoisse de mort (il se cloue sur sa chaise pétri du sentiment de mort imminente, il a tué un malade en lui donnant quelques gouttes d'eau, son meilleur copain a tué). Sa situation œdipienne est vécue sous un aspect caricatural tel que seule la psychose

peut le réaliser. La présence de phantasmes maternels lors de la masturbation à l'âge de la puberté est à cet égard éloquent. D'une façon générale, les scènes de sa vie sexuelle où l'on retrouve tout l'arsenal de la perversion (travesti, flagellation, jouissance par la douleur) sont elles aussi caricaturales. Et l'impression qu'il persiste de ce cas est que l'homosexualité est noyée dans la psychose.

OBSERVATION N° 4

M. N... (Bertrand), trente-huit ans, représentant de commerce.

C'est presque une anecdote clinique que nous allons relater ci-après et qui n'a pas la portée des faits cliniques mentionnés par ailleurs.

Le thème homosexuel. — Lors de sa xième hospitalisation en milieu psychiatrique, M. N... se lie d'amitié avec un jeune garçon de dix-sept ans, de plus de vingt ans son cadet. Il le prend en tutelle, guide ses lectures, le fait bénéficier de ses conseils, se lie d'amitié avec lui. La mère du garçon voit d'un œil très favorable cette protection amicale, si bien que, lorsque M. N... partira faire sa convalescence à Arcachon, la mère du jeune garçon fera son possible et obtiendra que son fils aille dans le même établissement que lui. Notre malade était content de retrouver son jeune ami, sa mère le lui avait en quelque sorte confié. Mais, lorsque ce dernier arrive dans la maison de convalescence, M. N... le trouve changé. Il ne retrouve plus l'ambiance amicale qu'ils avaient créée dans la clinique. Il trouve son ami différent, réticent à son égard, réservé. Cela le chagrine. Après trois ou quatre jours, dans un état de fureur inouïe, il fait un éclat, à table, alors que tous les pensionnaires dînent ensemble dans la salle à manger, en présence du directeur de la maison. « Dans cette maison, il y a une gouape et je l'ai tuée »,

christ très rapidement dans ma tête. Il ne m'a rien dit. J'ai cru que j'étais mort. » Il est réformé pour schizophrénie paranoïde. De retour à la vie civile, il séjournera dans une clinique spécialisée. Il tentera de très nombreuses reprises de travail sans succès.

A l'examen, la discordance ne fait pas de doute. Malgré un aspect sthénique et une certaine effusion qui peuvent donner le change, il monologue ou répond à côté. Il passe sans raison décelable d'un air de catastrophe à des éclats de rire. Il suspend son discours lors d'un récit enflammé. Il présente des intuitions concernant sa mort imminente. Son délire se développe dans de multiples directions.

« J'ai demandé à venir ici parce que, à X... (maison de repos où il était hospitalisé), j'ai cru reconnaître le type qui avait couché avec ma mère en Afrique. Je pense que c'est lui, mais je n'en suis pas sûr. Un jour, à table, il a raconté l'Afrique, il a parlé « d'amour vache ».

» A l'hôpital de Lavéran, à côté de moi, il y avait un malade qui ne voulait pas manger ; alors ils le nourrissaient avec du Largactil en perfusion et moi je lui ai donné de l'eau et il est mort. J'ai l'impression que je suis responsable de cette mort.

» J'ai un copain qui est anarchiste et je crois qu'il a tué. C'est lui qui a fait dérailler le train de Toulouse. »

Ce qui semble dominer dans la psychose de Roland M..., c'est la complexité du récit, l'opacité des propos et l'aspect compact du matériel clinique. Il nous livre dans un seul jet l'image de lui priant devant les gendarmes au commissariat, de lui cherchant à obtenir du sang d'un hélicoptère qui passe, sa fugue inexpliquée, qu'il a vu le christ quand on lui a fait une injection intraveineuse, qu'il a voulu étrangler une infirmière. Certains thèmes semblent néanmoins revenir avec une certaine constance : la survenue inopinée d'angoisse de mort (il se cloue sur sa chaise pétri du sentiment de mort imminente, il a tué un malade en lui donnant quelques gouttes d'eau, son meilleur copain a tué). Sa situation œdipienne est vécue sous un aspect caricatural tel que seule la psychose

peut le réaliser. La présence de phantasmes maternels lors de la masturbation à l'âge de la puberté est à cet égard éloquent. D'une façon générale, les scènes de sa vie sexuelle où l'on retrouve tout l'arsenal de la perversion (travesti, flagellation, jouissance par la douleur) sont elles aussi caricaturales. Et l'impression qu'il persiste de ce cas est que l'homosexualité est noyée dans la psychose.

OBSERVATION N° 4

M. N... (Bertrand), trente-huit ans, représentant de commerce.

C'est presque une anecdote clinique que nous allons relater ci-après et qui n'a pas la portée des faits cliniques mentionnés par ailleurs.

Le thème homosexuel. — Lors de sa xième hospitalisation en milieu psychiatrique, M. N... se lie d'amitié avec un jeune garçon de dix-sept ans, de plus de vingt ans son cadet. Il le prend en tutelle, guide ses lectures, le fait bénéficier de ses conseils, se lie d'amitié avec lui. La mère du garçon voit d'un œil très favorable cette protection amicale, si bien que, lorsque M. N... partira faire sa convalescence à Arcachon, la mère du jeune garçon fera son possible et obtiendra que son fils aille dans le même établissement que lui. Notre malade était content de retrouver son jeune ami, sa mère le lui avait en quelque sorte confié. Mais, lorsque ce dernier arrive dans la maison de convalescence, M. N... le trouve changé. Il ne retrouve plus l'ambiance amicale qu'ils avaient créée dans la clinique. Il trouve son ami différent, réticent à son égard, réservé. Cela le chagrine. Après trois ou quatre jours, dans un état de fureur inouïe, il fait un éclat, à table, alors que tous les pensionnaires dînent ensemble dans la salle à manger, en présence du directeur de la maison. « Dans cette maison, il y a une gouape et je l'ai tuée »,

conclut-il en parlant de son ami. « J'ai eu l'impression qu'on voulait me tuer et, en disant cela, je me libérais », mais aussitôt : « Je ne pense pas vraiment que l'on ait voulu me tuer, c'est une idée qui m'a traversé, comme ça. »

A aucun autre moment d'ailleurs, un thème touchant à l'homosexualité de près ou de loin n'a émergé de la conscience psychotique.

La psychose de M. N... est ancienne et suivie depuis le début par le Docteur Bannel. Elle remonte à l'âge de vingt ans environ. A cette époque, pour la première fois, alors qu'il marchait dans la rue, il sent que les gens se moquent de lui. Il est dans un état de tension extrême, il est insomniaque et anorexique. Il ressent un « choc en lui, point de départ de tous ses ennuis futurs ».

Trois ans plus tard, alors qu'il fait son service militaire, il présentera un raptus anxieux avec sensation de mort imminente, délire polythématique et hallucinatoire, sentiment de transformation corporelle sans thème manifestement homosexuel.

Enfin, trois ans plus tard, à l'âge de vingt-sept ans, il présente un nouvel épisode aigu délirant paranoïde (des idées invraisemblables, dit-il). Il se sent persécuté par tout le monde, il croit sa mère amoureuse de lui.

Entre ces trois accès aigus, la psychose évolue progressivement, le contact avec le monde se raréfie, il est de plus en plus lointain. Ses possibilités professionnelles s'amenuisent, il a arrêté tout travail et pratiquement toute activité autre que celle ayant trait à son hygiène depuis décembre 1966, soit deux ans avant l'anecdote rapportée au début.

En conclusion, nous ne doutons pas que d'aucuns trouveront un peu mince le fait clinique rapporté ci-dessus. Nous avons néanmoins tenu à conserver cette observation, car point n'est besoin de cas exceptionnels dans l'étude d'un fait clinique somme toute banal. D'ailleurs, nous retrouvons plusieurs éléments importants. Nous insisterons plus loin sur la fréquence des délires à thèmes corporels accompagnant le

thème homosexuel et l'on peut déjà présupposer la signification d'une telle association. Le thème homosexuel apparaît ici comme manifestation d'une sorte de délire de relation. M. N... a lu dans le regard de l'autre, dans son comportement, son projet pédophile. C'est de la rencontre avec l'autre qu'est née cette monstruosité. De même avec les autres en général, M. N... se sent étranger, différent, bizarre, persécuté et cette opacité qui existe entre le malade et le monde, cela s'appelle l'autisme. Nous reviendrons plus loin (deuxième partie, chapitre III) sur ce point.

OBSERVATION N° 5

M. P... (Jean), trente ans, sans profession.

Le milieu familial de M. P... mérite notre attention. Son père est âgé de soixante-trois ans quand nous faisons sa connaissance. Il a dû interrompre à plusieurs reprises son travail de comptable entre quarante-cinq et quarante-huit ans une première fois, entre cinquante-sept et soixante ans une seconde, pour des manifestations phobiques et obsessionnelles : phobie des microbes, peur de contracter la syphilis. Il luttait contre ses peurs par une potomanie compulsionnelle entraînant à une certaine époque un état d'ébriété quasi quotidien. La mère est de dix ans plus jeune. Elle a subi une thyroïdectomie à l'âge de trente ans. Elle a toujours présenté des angoisses, des craintes immotivées, une anxiété diffuse, une sensation de strictions pharyngées, de pesanteurs thoraciques et de « nœuds » épigastriques.

Jean, qui est l'aîné, a eu une première enfance difficile. Il vomissait sans cesse et, à six mois, il pesait son poids de naissance. L'année suivante a vu le premier drame familial : une sœur meurt à la naissance. Quelques années plus tard, un frère meurt à quinze jours d'un mal mystérieux comportant vomissements et cyanose. Enfin, trois ans plus tard, deux jumelles sont emportées par la diphtérie à l'âge de

six et de dix mois. Si bien que cette mère, de caractère rigide, hyperreligieuse, dominatrice, écrasant le père, reportera une affectivité dévorante sur ce fils restant.

L'homosexualité. — Le premier épisode se situe à l'âge de quinze ans. Il est initié à la masturbation à deux par un camarade de deux ans son aîné. Il n'avait alors présenté aucune perturbation réactionnelle apparente. Il est allé plus avant dans cette activité sexuelle puisque, au même âge, il a des rapports plus réguliers avec des hommes et pratique la sodomie active et passive. Il se sent peu attiré par les filles.

L'histoire psychopathologique débute quatre ans plus tard.

— A l'âge de dix-neuf ans se situe le premier épisode pathologique. Sans raison apparente, il présente un état dépressif sérieux qui justifie son hospitalisation à l'hôpital psychiatrique. Il se sent asthénique, incapable du moindre effort, de la moindre initiative, l'avenir lui paraît sans issue. Il se sent coupable et inférieur aux autres. Une des preuves qu'il donne de son infériorité est son inversion.

La dépression s'estompe. Il refoule sa perversion qu'il vit dans un état de continence partielle.

— A vingt-trois ans, en 1956, il se marie contre ses tendances, espérant trouver un remède à son mal :

« Je veillais à ce que ma femme ait son plaisir, mais, pour moi, ça ne valait pas les rapports avec les hommes.

» C'est la femme idéale pour un malade comme moi. Elle est faite sur mesure, on ne peut en trouver de meilleure... Elle est un peu autoritaire. »

On retrouve là un des deux personnages féminins (la femme idéale, sublime, désincarnée), communément rencontrée au cours de la perversion homosexuelle, l'autre étant l'être sexué et menaçant objet de crainte et de répulsion.

Deux naissances (d'un garçon en 1958 et d'une fille en 1960) viendront consacrer le succès apparent de cette union.

Cet état de compromis va durer sept ans environ. Pendant

cette période, il fait des épisodes dépressifs d'intensité variable apparemment atypiques puisque comprenant des idées d'interprétation et des hallucinations. Différentes thérapeutiques sont instituées (cures de sommeil, cures de Sakel lors du service militaire à vingt-sept ans), mais nous n'avons que des renseignements fort incomplets sur cette période. Il semble mener une vie de ménage paisible. Il a d'occasionnels et fugaces rapports homosexuels (2 ou 3 en sept ans).

— A trente ans, six mois avant que nous fassions sa connaissance, un coup fatal est porté à cet équilibre par les révélations d'un cousin prêtre. Ce dernier dévoile à sa femme la perversion de son mari. Le ménage s'effondre ; lui, fera des épisodes « dépressifs » plus graves.

A l'examen, c'est un sujet long et maigre, correspondant au type Kretshmerien du leptosome. Le contact est excellent. Il parle de son histoire sans réticence excessive, sans trouble du cours de la pensée. Son discours est celui d'un déprimé : il parle de fatalité, de maladie contre laquelle il ne peut rien. Il est très préoccupé par le souci de reconquérir sa femme. Il signale que, lorsqu'il retombe malade, il retrouve certains bruits. Il est entouré de la malveillance de l'entourage, on le traite de « tante », on le traite de « pédé », les gens en parlent entre eux derrière les murs de sa maison, dans la rue. Ces faits le laissent perplexe, mais il y adhère sans critique. Il lui semble qu'il mérite moins le blâme que le soutien.

En résumé, M. P... présente une névrose homosexuelle ayant présenté plusieurs décompensations dépressives avant de sombrer dans le monde psychotique. L'histoire de sa perversion est évocatrice en dehors même de plus amples renseignements sur son histoire infantile précoce, on retrouve l'épisode initial de la période postpubertaire, le refus de son homosexualité et la recherche d'un compromis dans la continence partielle. Enfin, il semble que le poids de la jouissance ait réduit à zéro ses espoirs de sublimation. Le portrait qu'il

trace de son épouse nous rappelle les héros féminins de GIDE. Les épisodes dépressifs francs, puis atypiques sont venus marquer les étapes de la décompensation. Enfin, c'est après la perte de sa conjointe qu'il a présenté une décompensation qui paraît plus radicale. Il a présenté des hallucinations auditives et des thèmes de persécution : non pas la persécution systématisée, « logique », sthénique du paranoïaque, mais la persécution insidieuse, rameuse, infiltrante s'étendant en réseaux, du schizophrène. Nous avons là un exemple assez franc de ces glissements de la perversion à la psychose et dont nous verrons qu'ils sont d'interprétation délicate sur le plan structural.

OBSERVATION N° 6

M. C... (Marius), vingt-huit ans, magasinier.

M. C... est admis dans le service à la suite d'une importante tentative de suicide au Valium et au Vesperax qui le laisse pendant plusieurs jours dans un coma profond. Il laisse à sa famille (ses parents et ses deux sœurs aînées) une lettre-testament où il lègue quelque argent à son entourage, il recommande la santé de sa mère, il demande que l'on vérifie qu'il soit bien mort avant de l'enterrer et explique son geste par le caractère insupportable de son obsession.

Cette obsession-phobie nous est racontée comme suit : Il existe au début du récit un épisode initial crucial : il y a quatre ans, à l'âge de vingt-quatre ans, il monte les cardans de sa voiture à l'envers sans s'en rendre compte. Il fait ensuite un voyage sur la Côte d'Azur avec un sentiment d'insécurité et de peur de perdre les roues de son véhicule. C'est un garagiste qui découvre l'anomalie. De cette anecdote il garde une peur panique de perdre les roues d'un véhicule qu'il conduirait et, progressivement, la conduite lui procure une immense appréhension. Il vit avec la hantise de devoir être obligé de

conduire. Durant ses heures de travail, il fait semblant de travailler, car cette idée l'obsède. « Ce n'est pas que je sois fainéant, mais, quand cette idée me prend, elle me hante. » Il ne peut s'en défendre. Quelle était la signification de cette peur de perdre les roues ? Nous l'avons appris quelques jours plus tard, lors d'un entretien sous narcose :

« J'ai tant souffert de mon obsession... Je suis un homosexuel, j'en ai beaucoup souffert parce que ce n'est pas bien... Je me suis laissé aller à cause de cette obsession... je réprouve mes penchants, je ne suis que le jouet du mal... je résistais et, chaque fois que j'avais l'obsession de mes roues, je retombais dans ce mauvais milieu. C'était affreux, ça me démoralisait et ça me rongeait... j'aurais mieux fait de naître fille carrément...

» J'aurais voulu me marier, mais je me disais : « Tu ne » pourras pas conduire une fille, tu ne peux pas rouler. » A notre époque, il faut pouvoir conduire un voiture... A cause de cette obsession, je n'arrive pas à reprendre le dessus. »

Ces propos, d'un symbolisme assez évident, nous apprennent que le malade a deux préoccupations :

— L'une manifeste et consciente : la peur de perdre les roues d'un véhicule qu'il conduit et, partant, la peur de conduire ;

— L'autre latente et cachée sous ce symbole : la peur de devenir un homosexuel à part entière.

L'homosexualité est manifeste, structurée et se développe dans un contexte névrotique. A l'âge de quatorze-quinze ans, il a des jeux masturbatoires collectifs, avec des camarades de classe avec fantasmes féminins, mais il était « intrigué par les femmes ». A seize ans, il raconte cela à sa mère qui lui fait peur : « Cela rend fou. » Il ressent une grande angoisse au sujet de ses activités sexuelles. Il présente des manifestations hypochondriaques soignées par un spécialiste. Il vit jusqu'à vingt ans dans un état de continence craintive. A cet âge, il devient persuadé qu'il est homosexuel parce que, dans une vespasienne, il se sent attiré par un homme. Il deviendra un habitué des latrines et aura de nom-

breuses liaisons avec des amants inconnus. A vingt-deux ans, il a failli se marier avec une fille avec qui il a eu des rapports, mais elle sort d'une maison de correction, sa famille ne plaît pas à la sienne et... *les frères de la fille lui abîment les roues de son vélo*. A dix-huit ans, il a connu une fois une prostituée.

La psychose de M. G... est discrète quand nous faisons sa connaissance. C'est avant tout une névrose obsessionnelle avec une forte composante anxieuse, mais les doutes qu'il ressent au sujet de son intégrité psychique et de son identité sexuelle le feront basculer dans la psychose. Il ne peut se défendre de l'idée qu'après sa tentative de suicide une machine est branchée sur sa tête et sur son cœur et qu'on lui souffle de l'air dans les poumons (*cf.* le passage au Centre de Réanimation). Il a peur d'être enterré vivant. Il a peur de devenir fou (*cf.* les propos de sa mère lors de ses aveux d'inversion à l'âge de seize ans). A plusieurs reprises, le sujet paraît ailleurs, dans le brouillard, flou, imprécis, il y a des barrages.

Au Rorcharch, il existe des stéréotypes dans les réponses : 84 % de globales, 7 réponses sur 14 donnent des papillons et 5 fois c'est un « papillon qui se transforme en chrysalide ». Il n'est pas interdit de penser que sa conscience imageante manifeste ainsi son angoisse de transformation corporelle. Il existe plusieurs réponses ambiguës dont celle-ci :

« La tête de quelqu'un dont on verrait la cage thoracique ».

En résumé, il s'agit ici encore d'un cas de perversion homosexuelle franche non assumée, avec un syndrome obsessionnel et qui est en voie de morcellement psychotique. Les problèmes théoriques posés par cette observation se rapprochent de ceux de l'observation précédente et seront envisagés ultérieurement.

OBSERVATION N° 7

M. F... (Patrick), dix-huit ans, sans profession.

L'observation du jeune F... est longue et complexe. Il n'a pas été hospitalisé moins de cinq fois et est assidu à des consultations plurimensuelles. Nous schématiserons son histoire en quatre « périodes » :

a) La période infantile.

b) La période pendant laquelle la maladie a consisté en une masturbation compulsive avec des éléments obsessionnels.

c) Celle où nous avons vu éclore un délire de persécution.

d) Celle où apparaissent les thèmes de morcellement et de transformation corporelle.

1° *Il existe chez Patrick F... une période infantile riche en troubles psychopathologiques.*

Il a longtemps présenté énurésie et encoprésie, une phobie scolaire et des terreurs nocturnes. La constellation familiale mérite une attention toute particulière. Le père est mort alors que Patrick a neuf ans ; il nous est présenté par sa femme et son fils sous un jour terrifiant : « Mon père ne s'entendait pas avec maman. Il était très violent. Un jour, il m'a battu sur le trottoir en disant qu'il voulait me tuer. Il se cachait derrière les portes quand j'étais petit et me faisait peur en disant : « Je suis le diable. » J'étais malheureux, j'avais envie de me tuer... Mon père disait en parlant de moi : « Les malades, ça doit crever. » Je me sentais traqué. Je croyais que j'avais des anguilles dans mon assiette... » « Ma mère m'a fait embrasser mon père sur son lit de mort. Il était habillé de rouge... comme un diable. »

La mère nous est apparue extrêmement pathogène. Lors de nombreux entretiens, elle parle d'abondance. Elle a d'interminables plaintes hypochondriaques avec beaucoup de noms, beaucoup de citations de professeurs, d'idées pathogéniques. Ayant des idées sur tout, elle a des idées très arrêtées sur la maladie de son fils : « Dans la famille de son père, ils sont tous un peu fous... C'est les deux ans qu'il a passés au séminaire, il s'est fait tripoter les parties par ses condisciples et, depuis, il a un choc à la tête. C'est un choc physiologique.

Ses idées sexuelles lui sont venues après le traitement de cheval à l'hôpital de X... Le docteur Y... est d'accord... Je crains qu'il devienne fou. Avec mon mari ? Ça marchait mal, pensez ! moi qui suis la sensibilité même, ça ne pouvait pas marcher... Tout chez mon fils vient de cette chose sexuelle au moment de ses paroxysmes. Il se vide par en bas, ça fait mal aux os à la nuque, ça rend les mains « trempes », ça le fatigue, il ne tient plus debout. » Mais elle voit un bien dans son mal. Il est plus affectueux maintenant que petit (« maintenant qu'il a souffert »). Lorsque la maladie évoluera, l'atmosphère familiale deviendra impossible. Patrick : « Ma mère me ressasse toute la journée que je suis fou, elle me traite de salaud, elle me réveille au milieu de la nuit, me traite d'enfant et dit que je la rends malade. J'ai fini par lui donner une gifle... Elle fait ses besoins dans les plats à vaisselle. »

Elle a demandé à une secte, les pentecôtistes, d'exorciser son fils. Ils ont, dans une sainte fureur iconoclaste, déchiré dans sa chambre toutes les images considérées comme païennes.

2° *La deuxième période est celle de la masturbation compulsive et des doutes sur son homosexualité.*

Il existe chez notre malade un syndrome obsessionnel, une mise à distance par des rites. Nous apprenons que, chez lui, existe un rituel du repas : il se lave trois fois les mains avant de se mettre à table et il vérifie que son repas n'est pas empoisonné. Du vivant de son père, il pensait que la puissance maléfique de ce dernier se transmettait par toutes sortes de choses dont il fallait se méfier. Il avait peur des anguilles. Il voyait des poisons partout (acide picrique, chlorate de soude). « Je me lavais dix fois les mains. Je m'imaginais qu'on me passait des ultra-violets pour me rendre impuissant. » Il avait même peur de produire à son insu du poison... D'ailleurs, ses hallucinations le traiteront entre autre d'empoisonneur.

D'autres éléments sont plus manifestement phobiques. Peur de regarder un drap de lit, agoraphobie. « ... Je ne peux plus sortir, j'ai la tête qui tremble. A l'idée que je vais

sortir, je me sens évanoui. A l'idée que je vais voir, un homme, je me sens tout tremblant. » Dernière de ses appréhensions, les neuroleptiques : « Ce sont les neuroleptiques qui m'ont empoisonné..., c'est de la saloperie ces neuroleptiques, le Professeur X... l'a dit, comme les hormones femelles. »

L'homosexualité de Patrick F... est de l'ordre du phantasme. Dès l'âge de douze ans, il dit avoir été attiré par les garçons. Il pratiquera la masturbation de façon compulsive. Il présente de façon inconstante des phantasmes masculins. Il use d'images masculines qu'il place à côté de la photo de son père. « J'ai l'impression d'être impuissant et, pour me prouver que je ne suis pas impuissant, je passe mon temps à me masturber... ça me hante... » Il ressent sur le mode hypochondriaque (maternel) les méfaits de ses pratiques : « Je suis entièrement vide, mes os craquent, je tremble, j'ai mal à la colonne, ça me rend fou. » On mesure ici à quel carrefour se situe la masturbation en psychopathologie : à l'état normal, chez des sujets de notre culture, c'est une étape quasi obligatoire dans la découverte de son corps par le sujet avec un sentiment plus ou moins prononcé de culpabilité. Ailleurs, elle s'intègre dans une organisation psychasthénique de la personnalité, allant de pair avec la clinomanie comme remède à l'angoisse. Ailleurs, c'est une obsession-phobie accompagnée d'une attitude contraphobique : véritable crainte-fascination. « J'ai peur, ayons peur » d'une névrose phobique. Ailleurs encore, il peut s'agir d'une activité compulsionnelle, d'une véritable névrose obsessionnelle. Enfin, il peut s'agir d'un besoin psychotique de rassurance quant à sa propre identité sexuelle et à son intégrité corporelle. C'est au carrefour de l'obsession phobique et de la psychose qu'elle se situe chez Patrick F...

Mais il présente des préoccupations plus spécifiquement homosexuelles : « J'ai peur de devenir une tapette. » Il pratique la masturbation pénienne et anale, ce qui est fort rare, depuis tout jeune. Il manifeste une peur que son pénis ne tombe. « A l'idée que je vais voir un homme, je me sens

tout tremblant... J'ai peur et envie des hommes... J'avais des éjaculations nocturnes quand je rêvais aux hommes. Rien que le mot homme, ça me fait couler. Une voix à la radio, ça me fait ça aussi. Une fois, je rêvais que je disais bonjour messieurs à des hommes, j'ai coulé ! »

Il s'intéresse beaucoup à l'histoire comme pour trouver dans le passé une structure temporelle qui, chez lui, s'effrite. Il aime beaucoup les livres sur l'Allemagne de Hitler et sur le Führer. Il cherche à s'identifier à la force virile d'Hitler et des nazis.

3° *Le délire hallucinatoire à thème de persécution.*

C'est plus tard que le délire va s'extérioriser. Il développe des thèmes de persécution, mais les reconnaît issus de son imagination, ce qui ne l'empêche pas de souffrir. Bientôt, ce contrôle ne s'exercera plus : « Depuis que je suis ici, tout le monde se moque de moi, ils disent que je suis une tapette. Je ne l'ai jamais entendu, mais je le comprends ; quand j'arrive, il rient ; d'ailleurs, j'essaie d'écouter aux portes. » Il a entendu : « Il faut se méfier de certaines personnes », et il sait ce qu'il faut comprendre. Tout le monde le sait. Il se sent traqué, il n'ose ni se lever, ni aller au water, ses mains transpirent d'émotion. Il réagit par la fuite et l'agressivité. Il manifeste une violence verbale nouvelle. Il parle de tuer s'il voit un homme et une femme ensemble. Il se livre moins facilement, lui qui manifestait un certain exhibitionnisme à parler de son onanisme. Il est réticent, il fait de fausses reconnaissances. De voyage à Paris pour consulter un médecin de la capitale, il est persuadé que sa mère a monté ce scénario pour le droguer en cachette, pour se venger des enfants qu'il lui a faits. Il a peur de la présence d'homme dans sa chambre, d'assassins, il craint l'arrivée de la police par la fenêtre. Dans le service, les malades l'insultent sans arrêt. « Même vous, dit-il au médecin, par derrière vous vous moquez. » Il préfère rester dans le noir pour opérer une sorte de sélection de ses hallucinations. Les voix ricanent : « Il est velu F..., il est tapé, il est bête,

c'est une tapette. » A noter que le délire hallucinatoire va en s'enrichissant. Le malade va présenter des hallucinations olfactives : odeur de laurier, de métal chaud, de plumes brûlées.

4° *Enfin, c'est tardivement, lors de sa quatrième hospitalisation, qu'ont commencé à s'extérioriser les thèmes délirants se rapportant à son intégrité corporelle.*

La persécution de l'entourage va devenir plus active, plus précise. Il n'a plus seulement peur des ricanements des autres, d'être drogué par eux ou de se jeter sur les organes génitaux des hommes ; il a peur qu'on le fasse changer de sexe. Son discours devient plus confus, plus difficile à suivre, son esprit plus lointain. Souvent, un propos surprend car imprévu et sans lien logique avec ce qui précède. Le délire de transformation corporelle va en se précisant. « Je me vois grossir, changer de sexe, me transformer en mille-pattes. » « Il faudrait que je crache tout cela comme un abcès ; s'il faut que je lâche tout, oh là là ! » (rires). Il constate avec angoisse : « Je suis comme une loque, mes organes sont tout petits, mon scrotum est tout vieilli. Je suis en train de changer de sexe. » « Quand j'étais en Belgique, j'avais des saignements réguliers, tous les deux mois, j'avais comme un cycle régulier. J'étais en train de changer de sexe par le nez et il a fallu intervenir. C'est ce qui m'arrive maintenant par en bas. C'est abominable ! »

En conclusion, ce qui domine dans le cas de M. F..., c'est l'abondance et la richesse du matériel clinique dont nous n'avons livré qu'un échantillon incomplet. On assiste à l'évolution très lente d'un processus psychotique comme un film passé au ralenti. Il est rare et remarquable d'observer avec la netteté qu'elle a ici la séquence : masturbation - homosexualité - persécution - transformation corporelle. Nous trouvons réunie en une seule observation la quasi-totalité de la séméiologie homosexuelle du schizophrène.

OBSERVATION N° 8

M. J... (Gilbert), vingt-sept ans, opérateur dans les Eaux et Forêts.

Le vécu schizophrénique.

C'est à grand peine que l'on peut reconstituer avec le malade la chronologie des faits. Tout cela est embrouillé pour la raison qu'on comprendra. Au mois de juin 1967, il est invité à déjeuner chez un ami et sa maîtresse. Il y boit quelque chose qui a un goût amer, atroce, qu'il compare à de l'urine. Il ressent une irritation des muqueuses digestive, oculaire et génitale. Il a la certitude d'avoir été drogué, s'en étonne et suspecte son entourage d'être de connivence. Il évitera dorénavant cet ami.

A la fin du mois, après la Saint-Jean, il fête avec des camarades un voyage qu'ils vont faire en groupe au Canada à l'occasion de l'Exposition Universelle. Il admet avoir bien bu, mais se trouve après dans un état curieux, bien différent de la « gueule de bois ». Il est comme drogué, il sent un contact chaud et désagréable sur la peau, les yeux lui piquent. Il a « comme un voile » sur les yeux et un « poids sur l'estomac ». Il est anorexique, mais a soif. Il souffre de la tête. Il s'endort et, au réveil, présente une amnésie lacunaire de ce qui s'est passé dans la soirée pendant quatre heures.

Au Canada, pendant le mois de juillet, sans doute à cause de boissons « qui n'étaient pas franches », il a l'impression que quelque chose a changé. Mais quoi ? Beaucoup de choses ne sont pas claires. Le comportement des filles lui paraît curieux. Elles sont trop aguichantes. Pour le bal du 14 juillet à Québec, une lointaine parente qui faisait partie de leur groupe devait venir et n'est pas venue. Bizarre ! et justement il a fait la connaissance d'une fille. Etrange ! Quelques jours plus tard, à l'occasion d'une course de voitures, il est anormalement fatigué et il sent une irritation de son sexe. Ne l'aurait-on pas endormi à son insu pour abuser de lui ? Ne serait-ce pas cette fille connue le 14 juillet qui a

voulu se venger de ce qu'il n'ait pas été assez entreprenant ? Ne serait-elle pas de connivence avec des gens du groupe ? Il existe des moments où le temps, pour une raison qu'il ignore, ne s'écoule pas normalement. Ne continue-t-on pas à pratiquer sur lui des « sondages » ? car l'irritation de son sexe persiste.

De retour du Canada, il trouve un changement radical de son milieu et de lui-même. Les gens avec qui il travaille et qui étaient gais d'habitude sont devenus sournois, méfiants, jaloux de lui. Pourquoi l'a-t-on changé d'équipe ? Il se noie dans des explications sans fin. Il rit, se perd dans ses propos.

En septembre, il est en déplacement dans un petit village forestier. Il est piqué par un pou et pense que c'est une fille « pas propre » qui a dû coucher dans ce lit avant lui. Il y avait d'ailleurs une sorte de tache sur le lit. C'est alors qu'une journée se volatilise du calendrier. Il se réveille un matin, un jour en avance sur la chronologie logique. Impossible de savoir ce qui s'est passé. Pourquoi ? Comment ? De qui est-ce la faute ? de lui ? de ses copains ? de quelqu'un d'autre ? Il s'embrouille malgré un visible effort de clarté.

Le thème homosexuel.

C'est à cette époque que les gens, dans le car d'Arès à Bordeaux, ont commencé à se moquer de lui. Ils ricanent, ils se poussent du coude. Il comprend qu'ils le prennent pour un pédéraste.

Dans les jours qui suivent, il est une nouvelle fois en déplacement pour son travail. De nouvelles choses étranges se produisent. Dans la chambre qu'on lui a donné, les aliments se dégradent. Dans la nuit, il sent quelqu'un le toucher, une femme à qui il entend dire : « Pourtant, il m'aime encore. » C'est de lui qu'il est question. Et une voix masculine lui fait écho : « Tu vas voir ce qu'on va lui mettre. » Une nuit suivante, il entend le crépitement d'un flash dont la lumière l'aveugle un instant. Il comprend qu'en plus d'abuser de lui, on doit, dans un sommeil provoqué par la drogue, lui faire exécuter des poses obscènes avec des hommes. D'ailleurs,

n'a-t-il pas vu que les gens dans le car se passaient des photos en ricanant ?

En résumé, on a vu dans l'observation de M. J... une illustration assez saisissante d'un vécu discordant à son début : l'étrangeté s'étend partout autour de lui, son corps est le siège d'éprouvés inédits, le temps se fige par instant. C'est dans ce contexte que naît la persécution sournoise et la thématique homosexuelle.

OBSERVATION N° 9

M. M... (Liberto), trente ans, ajusteur.

Chronologie. — Lorsque nous faisons la connaissance de M. M..., en 1967, sa maladie évolue depuis cinq ans. Elle semble avoir débuté en 1962, à l'âge de vingt-cinq ans, peu de temps après son mariage. Il est persécuté par un homme de sa petite ville qui s'occuperait de sa femme quand il est au travail et qui passe son temps à lui faire des gestes cabalistiques signifiant qu'il veut lui prendre son épouse. D'ailleurs, d'autres personnes de son entourage se mettent à faire ces gestes cruels. Ils n'ont aucune pitié. Cet état de fait dure deux mois. Bien qu'enceinte, sa femme est répudiée. Elle refuse le divorce.

Dans les deux années qui vont suivre, on sait que le malade sera hospitalisé à deux reprises à l'Hôpital Psychiatrique départemental et qu'il y bénéficiera de sismothérapie. Mais nous n'avons aucun renseignement précis sur cette période.

En 1965 et 1966, M. M... vit seul, il travaille, il joue au football. Son état de santé est bon. Cependant, à plusieurs reprises, il fait la connaissance de filles, mais ces liaisons sont de courte durée. Elles se soldent toutes par une rupture rapide et fracassante, toutes le trompent, se moquent de lui et appellent d'autres hommes par des gestes inconvenants.

En février 1967, il est hospitalisé un mois dans une clinique spécialisée de Bordeaux pour une bouffée hallucinatoire et interprétative. On évoque l'éventualité d'un processus discordant incipiens. Il est traité par des neuroleptiques.

Dans les mois de 1967 qui suivent, les manifestations pathologiques s'accentuent, toujours identiques à elles-mêmes. Il passe quinze jours en Espagne avec une femme qui le trompe et avec qui il se fâche. Son entourage reprend de plus belle à faire des signes : ce sont des femmes qui l'appellent ainsi que d'autres hommes. Ils le préviennent qu'on le trompe. Tous se moquent de lui. Ils lui font comprendre et se disent mutuellement qu'il est un pédéraste. Ses propres sœurs font des gestes qui l'accusent d'être homosexuel. En ouvrant la radio, il entend des injures qui vont dans le même sens. Il est dans une attitude de recherche constante et d'écoute qui l'épuise. Il est sans répit à l'affût. Cela le fatigue et lui donne mal à la tête, le rend dyspnéique.

A l'examen, il paraît absent, mais il regarde intensément les mains de l'interlocuteur. Son regard se fige en un sourire discordant. Il demande pourquoi tout le monde lui montre les dents. Il développe les thèmes déjà mentionnés avec une certaine pauvreté d'expression, Sa femme a, dans la rue, un geste du petit doigt. Il comprend un message à l'adresse des hommes qui passent : « Vous pouvez y aller, mon mari est un homosexuel. » Elle fait un anneau avec le pouce et l'index pour manifester ses désirs, avec le pouce et le majeur pour préciser les tendances de son mari. Leur médecin pose sa tête sur son poing fermé : sa femme doit comprendre qu'il lui fixera un rendez-vous par téléphone. Il voit un voisin appuyer un pouce sur ses lèvres : c'est un symbole de la pédérastie de M. M... Il nous explique qu'il existe deux langages : celui que véhicule la parole et auquel il a accès, mais qu'il en existe un autre qui permet à tous les gens autres que lui de communiquer, et c'est de ce métalangage qu'il est exclu. Ce double langage nous paraît être au centre de la séméiologie. Il débouche, d'une part, sur une thématique

de persécution, de jalousie et dans l'ombre de cette dernière d'homosexualité ; d'autre part, sur un mode de pensée ambivalent, discordant.

Ainsi donc, nous sommes en présence d'un garçon de trente ans qui, depuis cinq ans, va présenter par bouffées de plus en plus rapprochées, et qui, à l'heure actuelle, sont pratiquement soudées, deux ordres de phénomènes pathologiques : d'une part, un délire presque systématisé de jalousie, de persécution et d'homosexualité, mais sans la « rigueur » du raisonnement paranoïaque ; d'autre part, un déficit psychotique avec discordance, l'ensemble de ces manifestations se cristallisant en un métalangage fait de gestes symboliques persécuteurs.

OBSERVATION N° 10

M. L... (Pierre-Jean), vingt-quatre ans, étudiant [1].

Le malade dont il va être question présente un tableau très exubérant de schizophrénie paranoïde au centre duquel s'expriment de très manifestes thèmes homosexuels et nous allons essayer de situer ces derniers non dans une histoire puisque nous ne connaissons presque rien de la période qui a conduit le sujet dans cet état, mais dans tous les éléments du syndrome. Quels vont être les liens et les oppositions entre l'homosexualité et les autres thèmes développés par le malade ?

La psychose.

Pierre-Jean a été adressé dans le service à la suite d'une sorte de fugue. Il était parti rechercher « l'air pur qu'il avait respiré après sa naissance dans l'Ariège », se retrouve à dix kilomètres de St-Jean-de-Luz, dans un lieu de « non-pensée »,

(1) Observation déjà mentionnée, présentée par le Docteur D. de Boucaud, à la séance du 7 juillet 1968 de la Société de Neuro-Psychiatrie de Bordeaux et du Sud-Ouest.

Son comportement curieux attire l'attention de la population qui alerte la police. Il est adressé dans le service. Nous apprendrons que cet épisode survient sur un fond de déséquilibre ancien, mal connu de la famille qui pense que la liberté de la vie d'étudiant n'est pas étrangère au comportement de leur fils. La présentation est impressionnante. Pierre-Jean est plié en deux sur son lit, fuyant le regard des autres malades de la chambre. Il répond aux questions par des monosyllabes, réponses d'urgence. Il lui arrive de traverser la chambre d'un pas rapide, désarticulé. Sur son drap, il chasse inlassablement des poils imaginaires. Il présente un sourire figé. Il répond à côté des questions ou n'y répond que par des mimiques inadaptées. Il ne termine pas ses phrases. Il dit avoir l'impression « d'entendre des ventriloques externes ».

Quelques jours après son admission, sa parole va percer quelque peu la glace de l'autisme et donner accès à une pensée extrêmement floue et un délire extrêmement polymorphe.

Le thème de la ventriloquie reviendra souvent comme s'il était pris dans un réseau de forces occultes dont la ventriloquie serait le mode de communication de l'énergie et donc, pour le sujet, le moyen d'être manœuvré, téléguidé dans ses actes et ses pensées. « Penser, c'est terrible pour moi, ça m'immobilise. Ça n'a pas de sens pour moi. Je ne peux diriger ma pensée... J'ai pensé il y a quelques mois dans une langue qui était proche de l'asiatique... (heureusement). Il y a des endroits où je trouve des endroits de non-pensée entourés de feuillages sans que mon cerveau soit ailleurs » ; et plus tard : « Je ne peux pas maîtriser ma pensée qui n'est pas la mienne, car je ne pense pas... » Parlant de sa fugue au Pays Basque : « Les ventriloques m'ont imposé l'idée que j'étais un nazi, qu'il y avait un congrès nazi à Bayonne dont je serais le chef. » Pourquoi Bayonne ? « A cause de la croix basque. J'ai eu l'impression de communiser toute la ville de Bordeaux et l'inverse à Bayonne, impression de nazifier... J'ai l'impression qu'il y a un nazi qui m'obligerait par la ventriloquie à penser nazi. On m'entend dire, on m'entend penser. Quand

je lis, j'ai l'impression que ce que je lis s'entend ailleurs, même si je n'ouvre pas la bouche. On doit entendre la voix du ventre, de la pensée qui fait parler le ventre. »

Le malade est comme possédé ; il ne s'appartient plus, sa pensée lui est étrangère, son corps n'est plus sien. Il se sent habité d'une puissance autre et différente. Il éprouve une sensation de transformation corporelle. Il réagit à cela par l'isolement et la fuite.

Il se dira encore christ ou athée, nazi ou communiste, chrétien ou musulman, en un mot discordant. Quand son père est là avec sa mère : « J'ai l'impression que je lui vole sa femme... au point de vue du plaisir... » « Elle est nerveuse mais bonne, normale — excusez-moi, docteur — gentille — excusez-moi, docteur (rires). J'ai envie de coucher avec elle quand elle est étendue sur le divan... dans la bibliothèque... à certains moments », et l'on retrouve encore cet œdipe caricatural régressif sans la moindre sublimation propre à la psychose.

Les thèmes homosexuels dans ce délire apparaîtront parallèlement au sentiment de transformation corporelle, profondément enchâssés dans la psychose. Il dit avoir été attiré par les hommes. C'est pourquoi il fuit le regard des autres. Un jour, par télépathie, la présence d'un voisin de l'autre côté d'une cloison l'a mis dans un état d'érection incontrôlable. Il parle « d'attirance de mon pénis vers le haut ». Il a essayé en vain de s'opposer à cela en serrant son sexe avec une ficelle. « Un homosexuel peut empêcher des rapports sexuels (anormaux) de se faire, mais passés les murs ce n'est plus possible. »

« Je me demande parfois si je suis bien homosexuel ou pas... Je ne pense pas faire le geste d'un homosexuel envers un autre homme. Je ne suis pas homosexuel au point de ne pas pouvoir résister à l'envie de coucher avec un autre homme. »

« J'ai toujours eu envie de m'identifier à un homme. Je vois l'image de moi-même entrant dans le corps d'un autre homme. Je ne pense plus à des questions sexuelles, mais à ce que je

serais, homme ou femme, mais je suis homme, car j'ai les organes génitaux masculins, mais l'esprit serait peut-être féminin ou féminisé. » Notre sujet exprime ici un délire de trans-sexualisme, l'impression d'avoir un esprit de femme dans un corps d'homme, « anima mulieris in corpore virili inclusa », écrivait Ulrichs à la fin du siècle dernier. Mais il y a loin du délire de trans-sexualisme tel qu'il apparaît ici au trans-sexualisme authentique qui est un cas très particulier et dont nous dirons deux mots (*cf.* deuxième partie, chapitre III). C'est une préoccupation comparable qui se traduit dans ses jeux travestis. Pierre-Jean va dans un grand magasin avec un foulard et du rouge à lèvres : « On a remarqué que je n'étais pas vraiment une femme, on a ri et on m'a foutu dehors. »

Enfin, dans son homosexualité, on saisit toute la dimension psychotique : « Les autres, ça me fait mal, je préférerais être seul. J'ai l'impression de ne pas exister ; quand je suis avec quelqu'un, j'ai l'impression de me jeter ventre contre ventre. » Il rêve de tropiques, de gonococcie et de prostituées. Les relations avec autrui sont toutes imprégnées de sexualité, l'homosexualité, c'est un pas vers la solitude. Et pour nous convaincre qu'il s'agit moins là d'attrait érotique que d'autisme : « Je ne sais pas ce que je préfère, les filles ou les garçons, mais je suis gêné de voir le c.. des gens. »

L'autisme encore : « J'ai l'impression que le regard des autres me transperce les yeux. » « C'est bien par peur des autres uniquement que je ne suis jamais allé chez vous », écrira-t-il à un ami durant son hospitalisation.

Disons, pour terminer, que l'observation de M. L... est une de celles qui montre le plus à l'évidence l'objet de notre travail, une de celles qui appelle le plus les essais de clarification et de compréhension que nous avons tentés plus loin.

OBSERVATION N° 11

M. M... (Alberto), seize ans, écolier.

Antécédents. — Alberto M... est un jeune immigré d'origine espagnole, en France depuis l'âge de huit ans. Quand il avait cinq ans, son père a quitté le domicile de la famille pour le Brésil et n'est jamais revenu. Il a envoyé une lettre de vœux à son fils pour le Premier de l'an 1968, sans parler de retour. Sa mère nous apprend qu'il a toujours été timide, calme et ordonné, « comme une petite fille ». Il a étudié sans facilité et parle assez mal le français.

L'an dernier, il avait quinze ans, il a passé quelques jours de vacances à Paris chez une tante paternelle. A l'occasion d'une épistaxis qu'il a présentée là-bas, il a tenu des propos qui ont surpris. Il a laissé entendre que ce devait être un complot, qu'il était drogué par la nourriture. C'est là le seul antécédent pathologique que nous connaissons.

L'épisode actuel remonte à huit jours environ. Sa mère lui demande d'aller chez le coiffeur. Il refuse obstinément. Sa mère insiste. Il fait une crise d'angoisse aiguë. Aller chez le coiffeur le met en danger, car le coiffeur est un homosexuel. Dans la nuit qui suit cette scène, alors que sa mère a dû l'accompagner se faire couper les cheveux, il est pris d'une terreur nocturne. Il appelle sa mère en pleine nuit et lui demande de déchirer des photos de famille. Cette nuit et le lendemain, l'état d'angoisse persiste, il crie, il appelle au secours, il est persuadé qu'on veut faire du mal à sa mère, à sa grand-mère, à son beau-père (l'ami de sa mère) et à lui-même. Ainsi, nous voyons naître le thème de l'homosexualité dans un contexte de panique [1], de danger imminent pour sa propre personne et son entourage immédiat.

A *l'examen,* ce qui frappe chez ce sujet, c'est l'extrême pâleur, sa maigreur, ses gestes lents, ses grands yeux terrorisés et le sentiment d'imminence catastrophique qui se dégage de sa silhouette famélique. Il refuse tout dialogue, toute nourriture, tout médicament. Il accapare la main du

(1) La panique homosexuelle de KEMPF que nous rapprocherons, plus loin, de la panique psychotique.

médecin qui passe, la pose sur son cœur avec un regard interrogateur ou la garde inlassablement dans la sienne. « Docteur, je vais mourir. » Il nous déclare que l'eau est empoisonnée, qu'il n'a plus de sang, dans ses mains ni dans son corps, qu'il est en train de pourrir, que ses mains desquament et que les débris en tombent par terre. « Mes pieds, mes mains ne sont plus comme avant..., je n'ai plus de sang. »

Son discours est particulièrement discordant. « Les robinets, tout ça, c'est pas normal... Alors je suis fou. Il y a des Chinois, je les ai vus. Je ne veux pas rester ici. On disait que c'était mon père, je l'ai vu en photo, c'est un crabe... C'est la guerre tous ces bruits ! Il est content lui maintenant... Quand j'étais drogué (à Paris), c'est comme si on me tapait (il frappe avec force sa poitrine). Je travaillais, j'étais heureux, je préfère mourir... On m'a coupé les ongles, ils sont repoussés. C'est pas normal. Je suis fou. »

Sous neuroleptiques, son état s'améliore. Il devient plus accessible à l'entretien. Ses propos deviennent plus clairs, mais les thèmes demeurent les mêmes. La pourriture de son corps, la peur du coiffeur : « J'ai peur..., peur du coiffeur... Il prenait sur rendez-vous. »

Après cet épisode initial qui a nécessité trois mois d'hospitalisation, l'acuité des troubles a cédé, mais c'est pour laisser la place à un état d'athymormie saisissante. Il présente des réactivations épisodiques de sa psychose dont la dernière, qui date du mois d'août 1969, a motivé une nouvelle hospitalisation.

Ce qui est frappant dans le cas du jeune M..., c'est l'importance du négativisme et de l'autisme, l'intensité de la discordance a côté desquels le délire d'homosexualité est assez discret. Enfin, ce qui domine, c'est l'importance des thèmes de désagrégation corporelle, de putréfaction, que nous retrouvons une nouvelle fois, mais ici avec une intensité toute particulière.

OBSERVATION N° 12

M. B... (Gérard), dix-sept ans et demi, graisseur dans une filature de lin.

Tout a commencé pour Gérard le jour de son départ en vacances, le samedi 3 août 1968. On ne nôte, dans ses antécédents proches ou lointains, personnels ou héréditaires, rien, absolument rien. Il est le quatrième d'une famille de douze enfants vivants, famille unie et apparemment heureuse. Il a travaillé régulièrement jusqu'à ce jour et n'a jamais eu d'ennui de santé en dehors de cet épisode qualifié de rachitisme quand il avait quatorze ans et pour lequel une « cure d'air » de quatre mois dans le Jura a été rendue nécessaire.

La veille de son départ, il fête joyeusement avec des camarades de travail la fin de l'année à l'usine et l'heureux temps des congés. Ils boivent passablement (de la bière), ils chantent, écoutent de la musique et la soirée se termine à une heure avancée de la nuit. Couché à près de deux heures du matin et se levant à six, il prend soin de bien monter son réveil. Il doit rejoindre sa famille qui est en vacances dans les Landes dans une maison louée. Il aura toute la journée de train pour rattraper son retard de sommeil joint à la fatigue d'une année de travail. Il prend le train de Paris à Méricourt et tout se passe normalement sur la route des vacances.

Mais, brusquement, il est réveillé par une sorte de voix mêlée au bruit saccadé des roues du train sur les rails. C'est une voix étouffée mais distincte et qui se renforce par moment. Sur un rythme à deux temps réguliers, il entend : « T'es un pédé, t'es une tapette, t'es un pédé, t'es une tapette. » Il se frotte les yeux, il est dix heures et demie. Il a mal à la tête et semble se ressentir de la soirée de la veille. Il dodeline de la tête et se masse la nuque, mais ne peut dissiper l'impression d'un certain nuage qui aurait embrumé son cerveau. Il se sent curieux, bizarre, différent de l'habitude. Il fait marcher ses doigts et ne les reconnaît plus siens. Ils lui font peur. A se sentir ainsi dans un compartiment de seconde classe, assis banalement à côté d'autres gens endormis, il

ressent un curieux malaise. Il se sent dans une situation inédite, nouvelle, dangereuse. Il lui semble que ces gens ne sont pas animés du simple désir de dormir, mais d'une certaine intention de nuire sans en avoir l'air. Il note une imperceptible malignité dans leur regard paisible. Il se lève, va demander à quelqu'un quelque chose : l'heure d'arrivée, ou la distance jusqu'à Paris ; il ne reconnaît plus sa voix et l'autre semble lui répondre d'un autre monde. « Mais enfin, que se passe-t-il ? Que me veut-on ? » Il regagne sa place et, en plus de la rengaine rythmée qui n'en finit plus, il distingue un petit bruit de moteur comme celui que fait le projecteur du cinéma quand on est assis aux derniers rangs. Il lève la tête et distingue très clairement, à la place de l'ampoule de la veilleuse, une caméra branchée sur lui. A d'autres endroits, un projecteur, d'autres caméras, d'autres projecteurs. Il entend murmurer derrière les caméras : c'est lui le héros, c'est lui la vedette. Mais on ricane, l'accent de tous ces gens est insupportable : « Mais vous vous trompez, il y a une erreur. » Il n'y a personne pour l'entendre. Le monde est froid, hostile et menaçant. « Vous savez, c'est lui qui... », suivent des mots qu'il ne comprend pas et des éclats de rire malveillants. Il arrive à Paris à la gare du Nord. Il quitte sans regret ce wagon où l'on veut sa mort. Mais à peine a-t-il posé le pied sur le quai de la gare que la note des conciliabules du train a donné naissance à une symphonie. Chaque personne qui le croise le dévisage et pense en lui-même : « Tiens, c'est lui le pédé » ; on le bouscule en disant : « Voilà pour toi, espèce de... » ; on le pousse à bout. A chaque bruit de chariot, on lui lance une insulte. Devant, derrière, à gauche, à droite, en haut, en bas, la gare tout entière tisse un hymne bruyant et corrosif à sa prétendue déviation.

N'y tenant plus, il demande le chef de gare et essaie d'expliquer par un flot de paroles embrouillées qu'il veut avoir accès au haut-parleur pour faire cesser tout ce concert de calomnies et dire qu'il y a fausse donne, qu'on commet une grossière erreur, qu'il n'est que Gédard B..., ouvrier dans une filature de lin et qu'il part en vacances rejoindre sa

famille dans les Landes, que rien de tout cela n'a de sens. Mais il se heurte à l'incompréhension la plus complète de ses interlocuteurs et il choisit la fuite. Il saute dans un taxi pour gagner la gare d'Austerlitz. Mais il a pris un taxi collectif et son voisin lui fait du pied et fait comprendre à tous les autres que c'est lui la vedette invertie. Tout le monde se moque de lui et il saute du taxi en marche. Il réussit à gagner, on se demande comment, la gare d'Austerlitz et son train pour les Landes. Ses persécuteurs ne l'ont pas lâché. Il vit dans le second train un calvaire égal à celui du matin. Il passe la plus grande partie du voyage terré dans un coin d'une plate-forme, la tête enfouie dans ses genoux. Puis il s'excite, déambule, interpelle les gens qui ne cessent de le martyriser. Il ne reste plus en place, il arrange ses vêtements, il ne peut trouver une position stable, il est incohérent et imprécis. Il parle à l'eau du robinet : « Arrêtez les photos, tout le monde me connaît maintenant. » « Mes parents sont à Mourenx, mes parents m'attendent ce soir », répète-t-il souvent, comme qui, dans cette tempête absurde, chercherait à s'accrocher à quelque chose de fixe. A Coutras, à la nuit tombée, il descend boire au buffet de la gare. Un homme lui offre une bière. Il se précipite sur le bock et saute dans le train. Mais il réalise que cet homme avait un air bien peu engageant. Il essaie de vomir la bière et veut en conjurer les effets maléfiques par un verre de Martini. Il redescend à la buvette, mais pendant ce temps-là le train a quitté la gare. Devant les gesticulations de ce pantin déboussolé qui grimace, qui marmonne, qui hurle, qui implore la pitié, en appelle au cours normal des événements et atteste de son innocence, le chef de gare appelle la police qui, après avis médical, conduira l'intéressé dans un service de psychiatrie.

Folie d'un instant ou folie d'une existence ? Psychose d'épuisement ou schizophrénie ? Le recul nous manque pour trancher. Mais rien ne manque au tableau de cette « destructuration » brutale et profonde de la conscience : la fuite des idées, l'incohérence, la pensée difluente, floue et ésotérique, les réponses à côté et, faisant escorte à ce syndrome discor-

dant, le délire hallucinatoire interprétatif dont le thème central et pour ainsi dire unique a trait à l'homosexualité avec plusieurs variantes : il se sent changé, différent, métamorphosé et on lui propose l'hypothèse explicative de l'homophilie comme berceau pour les sensations nouvelles de son corps de martyr, comme nom de baptême pour son état nouveau. Il se sent seul rejeté d'un monde devenu hostile. Il n'y a plus sa place. Et les gens de ce monde vont se moquer de lui, le persécuter à cause de son inversion.

Bien sûr, le maintien de cette observation dans notre série présente un inconvénient méthodologique. Il ne s'agit pas, comme dans les autres cas, d'une psychose discordante certaine, mais d'une bouffée délirante. Et l'on sait depuis Henri Ey que un sur deux de ces malades échappent à la schizophrénie. Il y a une chance sur deux pour que l'avenir nous apprenne qu'il s'est agi chez le jeune Gérard de la folie d'un moment à la faveur d'un état d'épuisement. Mais, quoi qu'il en soit, l'aspect clinique et la signification sont les mêmes que dans les autres observations et c'est pourquoi nous avons encouru le risque de porter cette atteinte à l'homogénéité de notre série.

OBSERVATION N° 13

M. G... (Paul), vingt-cinq ans, sans profession.

Paul G... est un jeune homme très bien connu du service puisqu'il y a été hospitalisé cinq fois et que voilà plus de quatre ans qu'il y est suivi régulièrement. Son cas nous paraît aussi difficile que démonstratif du problème que nous voudrions poser dans le présent travail. C'est sans doute à partir de réflexions sur les questions posées par son observation qu'est née l'idée de ce travail [1].

(1) Observation présentée par nos soins à la séance du 7 juillet 1968 de la Société de Neuro-Psychiatrie de Bordeaux et du Sud-Ouest.

Quelques éléments biographiques sont sans doute nécessaires. Lorsque sa mère devient enceinte, les parents ne sont pas encore mariés. Son père doit partir à la guerre et la famille de sa mère accueille très mal l'annonce de la future naissance. Elle doit quitter sa famille et vivre sans le secours de son futur mari, sans ressources, vivant de la charité de quelques amis. La grossesse est difficile, l'accouchement également et les premiers mois de la vie de Paul aussi, particulièrement. Selon le récit de la mère, le Docteur Bourgeois s'est demandé si le petit Paul n'avait pas présenté sinon un autisme précoce, du moins une dysharmonie d'évolution. Il serait né aveugle et, pendant les trois premiers mois de sa vie, n'aurait pas suivi les objets ni la flamme des allumettes que sa mère promenait chaque jour devant ses yeux. Il aurait « retrouvé la vue » à trois mois, mais serait toujours resté dans son coin, ne jouant pas ou limitant ses jeux à quelques manipulations d'objets. La légende familiale veut que toutes les anomalies du développement précoce de Paul soient dues à un « empoisonnement du lait de la mère » sous le coup de l'émotion le jour où le père revient du front. Plus tard, malgré le mariage des parents et la naissance de trois autres enfants, les choses ne se sont pas améliorées. Le père, ancien colonial devenu gérant d'une alimentation, n'aime pas Paul et se montre souvent violent à son égard. La mère accuse son fils aîné de tous les maux. Il lui a causé entre autres de nombreuses poussées de glaucome. « Il m'a fait trop de mal », dit-elle et affirme qu'au cours d'une dispute, il a essayé de l'étrangler. A douze ans, elle le fait examiner, car elle trouve ses organes génitaux insuffisamment développés. Alors qu'il est adolescent et que ses résultats scolaires sont nuls, la mère formule le projet de voir son fils embrasser la prêtrise. Il n'obtient ni C.E.P., ni C.A.P. Ses relations avec sa famille sont au bord de la rupture. La seule période à peu près stable de son existence se situe pendant les vingt-sept mois de son service militaire où il exerce les fonctions d'infirmier. Lors d'un entretien qu'il a eu avec nous, Paul G... a affirmé que son père était un inverti et qu'il lui avait fait des propositions. Mais il s'agit vraisemblablement d'un phantasme.

L'examen. — De petite taille, sa tête paraît non proportionnée et plus volumineuse que ne le voudrait son corps, le front est bombé, le visage est barré de lourdes lunettes qui lui donnent un air absorbé, réfléchi et préoccupé. Il parle sans desserrer les dents. Le contact avec lui est fragile.

Ce qui teinte le tableau clinique d'une note plus ou moins vive selon les moments, c'est la *dépression.* Il est l'aboulie même. Il n'a jamais rien entrepris, jamais rien réussi. A plusieurs reprises, il pense au suicide, mais, dit-il, « je suis trop lâche ». A l'hôpital Pellegrin, où il était hospitalisé pour une pleurésie séro-fibrineuse, il fait une phlébotomie. Depuis lors, il a de nombreuses ruminations suicidaires : « Je n'ai rien, je suis un raté, je ne suis capable de rien, je n'ai pas d'argent, je n'ai pas de métier. Je suis pris comme dans une *nasse.* » Physiquement et mentalement déchu, il se pensera malade ou fou, coupable de ne rien faire et incapable, voué à l'échec, aux problèmes sans solution, aux maladies sans guérison, isolé de ses attaches familiales, raté « ayant touché le fond de la souffrance humaine », plus ou moins tuberculeux, plus ou moins hermaphrodite, en proie à d'incessantes luttes intérieures, sans foyer, couchant sous les ponts, à l'asile de nuit ou à l'hôpital, tous ces repaires de la misère.

Plus paradoxale est la *mythomanie* qui perce dans bien des attitudes et des propos. Il donne dans le maniérisme et la préciosité, s'affiche avec le « traité des passions » de Descartes et des lectures érudites. Il lirait Nietszche et Freud, Gogol et Dostoïevski. Il raffole de romans psychologiques. Malgré son désarroi foncier, il affiche parfois une assurance qui désarme : « Si j'avais voulu, je n'aurais pas eu à chercher du travail. » Il fait comprendre que la patronne de son hôtel était à lui s'il avait daigné lever le petit doigt. Il nous dira un jour : « Vous connaissez la sexualité de ma mère, l'œdipe de mon père et moi... alors vous savez tout. »

Il présentera pendant les quatre années de notre observation *des phénomènes psychosensoriels et interprétatifs* qui sont la première touche de la psychose. Dans le journal *Sud-*

Ouest, il distingue une image de lui en train d'encourager Jazy, et, dans le *Paris-Match* de la même semaine, il voit une photo montage de lui qu'on a déguisé en prêtre. Et de commenter : « C'est dégueulasse de faire des choses pareilles, alors qu'il y a des choses tellement plus importantes dans le monde, la guerre au Vietnam par exemple. » A d'autres moments, il s'étonnera encore de la publicité que les gens ont fait sur lui dans les journaux et sa photo paraît régulièrement « sous couvert d'autres noms, on peut dire bien des choses. J'ai très bien compris », dit-il, le lendemain d'une émission de télévision qui ne traitait pourtant en apparence que d'actualité. Un jour, il a été reconnu avant même d'entrer dans un bar. Il était à quelques mètres de la porte et a entendu des gens commenter son entrée alors qu'il n'en avait pas franchi le seuil. Dans le bar même et le soir où il a distinctement reconnu sa physionomie sur l'écran de télévision. Ces manifestations sont parfois anodines (les photos montages dans les journaux) ou discrètement malveillantes (une vieille femme qui lui tire la langue dans la rue), mais traduisent le plus souvent, nous le verrons, une intention déterminée de persécution.

Au centre du tableau clinique, comme ce vers quoi tout converge, où tout part, *les thèmes délirants d'homosexualité :* la perplexité angoissée sur son identité sexuelle et des thèmes délirants de trans-sexualisme, la conviction délirante de persécution pour cause d'homosexualité.

Inopinément, un jour de consultation, alors que, lors de son premier séjour, il s'était présenté comme un déprimé atypique sans plus, il se met à monologuer : « Vous me connaissez, docteur, vous connaissez mon cas, je voudrais savoir si je suis un homme ou une femme. Vous n'êtes pas au courant de cet homme qui défrayait la chronique à la télévision et dans les journaux... Je voudrais savoir ce que j'ai. Qu'est-ce que c'est vraiment, un hermaphrodite ? Vous connaissez le cas coccinelle, c'était un homme. Je pense que je suis une femme. » Comme un leitmotiv, depuis ce jour, il aura la même attitude interrogatrice et investigatrice. Il

cherche dans le chaos de ses idées et de ses sensations une explication rationnelle. Il sait qu'il est femme, mais veut savoir ce qu'il est vraiment puisqu'il a des attributs d'homme et des notions très romancées sur coccinelle. Il dit avoir eu des tentations homosexuelles qu'il a toujours refoulées. Au cours d'un entretien avec M. le Professeur Blanc, il dit être certain d'être une femme, puis peu après qu'il a peur d'en être une. Il trouve confirmation et martyr dans le comportement des autres à son égard. Partout où il est, les gens parlent de lui, ils font des insinuations plus ou moins précises. Il entend des commentaires à la radio qui font des allusions directes à sa déviation. Si un employé du service lui offre une cigarette, c'est pour savoir s'il oserait se livrer à la fellatio, il l'a vu dans son regard. Quand il va rejoindre les autres malades dans la salle de jeu, il entend fredonner « Bohémien aux grands yeux noirs ». Les hommes rougissent quand il passe, les médecins eux-mêmes sont gênés. Un médecin-colonel lui a posé un jour la main sur la figure avec un air qui en disait long. Les veilleurs de nuit entrent dans sa chambre sans raison, allument, lui font un geste en signe de moquerie malveillante et quittent la pièce.

Il existe un *véritable délire relationnel dont la persécution homosexuelle n'est qu'un aspect.* Il vit à travers une distorsion psychotique la relation avec ses semblables. Alors qu'il faisait les vendanges, il a remarqué les regards prometteurs d'une fille à son endroit. Les autres vendangeurs le jalousent, puis se moquent de lui et auraient voulu le supprimer en le pendant à un arbre. A l'hôpital Pellegrin, la fille de son voisin de lit a accepté de lui faire une commission. Il a imaginé que tous les malades et le personnel ont fait des réflexions et l'ont accusé d'être tombé amoureux. Symptomatique de cet état de fait est l'érotomanie délirante qu'a présenté le sujet pendant quelques jours à sa cinquième hospitalisation : tout le monde, hommes et femmes, est perturbé par la passion qu'il suscite. Négatif de l'échec, positif de la persécution, le sujet développe des thèmes de réussite, d'hédonisme, de polysexualisme.

L'impression que nous aurions aimé transmettre dans le cas G... à travers toute la richesse, toute l'opacité du matériel clinique, à travers ce dédale séméiologique où l'on passe de la dépression à la mythomanie, des hallucinations et interprétations au délire homosexuel, à la persécution et au délire relationnel, c'est qu'il existe une intégrité relative du moi comme si l'on était en présence de quelque chose (un grand délire paranoïde ?) qui n'arriverait pas à éclore. Nous aurons soin de ne pas oublier cette impression clinique dans ce qui va suivre.

CONCLUSION

Peut-être a-t-on remarqué que, dans l'observation 1, M. T... a présenté un épisode homosexuel, mais que la psychose qui a suivi n'en porte aucune trace, alors que, dans l'observation 13, homosexualité et psychose semblent intriquées, l'une moulant ou freinant l'autre. C'est selon ce vecteur que nous avons situé nos observations, selon l'étroitesse des liens qui unissent les deux termes de notre sujet et la nature de ces liens. Plus précisément :

— Dans les deux premières observations, il ne semble pas y avoir de lien étiologique entre homosexualité et schizophrénie. L'épisode pervers semble contingent.

— Dans les observations 3 et 4, l'homosexualité, pour manifeste qu'elle soit, n'apporte pas d'élément nouveau à la compréhension de la psychose. Elle semble une sorte d'épiphénomène.

— Dans les observations 5 et 6, il s'agit du cas particulier de pervers ayant présenté des épisodes psychotiques, ce qui pose un problème original.

— Dans les observations 8 et 9, l'homosexualité schizophrénique prend l'aspect exclusif ou préférentiel de la persécution. Ce n'est pas le sujet qui se pense inverti,

mais le monde, indûment et avec malveillance, l'en accuse.

— Dans les observations 10, 11 et 12, l'homosexualité se manifeste comme un point fondamental dans le grand morcellement du Moi ; de même, dans les observations 13 et 7, homosexualité et perversion participent du même processus, mais sur un mode beaucoup moins explosif.

Ce schéma ne peut servir de base à un plan, ni servir de description à la thématique homosexuelle. Il nous paraît devoir être cependant signalé pour stigmatiser que ce sont les liens qui unissent homosexualité et psychose dans la diversité de l'observation clinique qui constituent l'objet premier de notre travail.

Deuxième partie

COMMENTAIRE DES OBSERVATIONS ESSAI DE COMPRÉHENSION

DEUXIÈME PARTIE

COMMENTAIRE DES OBSERVATIONS

ESSAI DE COMPRÉHENSION

CHAPITRE I. — Délimitation du sujet.

CHAPITRE II. — Historique.

CHAPITRE III. — Remarques cliniques.

CHAPITRE IV. — Place et fonction de l'homosexualité dans la schizophrénie.

CHAPITRE V. — Cas particulier des pervers présentant des épisodes psychotiques.

CHAPITRE PREMIER

DELIMITATION DU SUJET

PLAN

— Il n'existe pas de base biologique décelable à l'homosexualité présentée par le schizophrène.

— Rapports entre la perversion homosexuelle et l'homosexualité du schizophrène.

— Rapports entre les autres psychoses où se pose la question de l'homosexualité et l'homosexualité du schizophrène.

1° Les syndromes psycho-organiques.
2° L'accès maniaque.
3° La psychose hallucinatoire chronique.
4° La paranoïa.

Nous voudrions, dans ce premier chapitre, préciser la nature de notre sujet et, pour ce faire, le situer aussi exactement que possible par rapport à d'autres, voisins (essentiellement celui de l'homosexualité perverse et de l'homosexualité dans la paranoïa).

Nous aborderons successivement, nous essaierons de porter réponse, aux questions suivantes dans le but de montrer que l'objet de notre étude est limité et spécifique :

— Existe-t-il une base organique à l'homosexualité présentée par les schizophrènes ?

— Existe-t-il des rapports entre l'homosexualité perversion ou névrose et celle qui se dévoile dans un contexte de psychose discordante ?

— Peut-on comparer l'homosexualité au cours de la schizophrénie et celle rencontrée lors d'autres psychoses ?

En raison de l'optique adoptée par M. Koupernik, nous nous expliquerons sur un premier point préliminaire. *Existe-t-il une base organique à l'homosexualité présentée par les schizophrènes ?* Y a-t-il une perturbation quelconque à l'un des stades du déterminisme sexuel (stade chromatinien, gonadique, morphotypique et neurologique) ? Nous avons été amené, par esprit de système, à plusieurs reprises, à pratiquer un sexe chromatinien à des malades de notre service. Ainsi, le test de Barr, pratiqué chez M. F... (obs. 7), a montré une absence de « drum sticks » sur les frottis buccaux et sanguins. Il en a été de même pour M. C... (obs. 6), M. Gy... (obs. 2) et M. Gu... (obs. 13). Les caryotypes que nous avons fait pratiquer par le Docteur Alberty chez les mêmes malades ont montré un caryotype masculin normal (44 autosomes + chromosomes X et Y). Nous n'avons donc noté aucune anomalie du sexe chromatinien.

De même, les bilans endocriniens que nous avons pratiqués dans le même esprit se sont avérés normaux en ce qui concerne l'axe hypophysogonadique et la sérotonine :

Obs. 7. — Dosage de gonadotrophines urinaires : 100 unités-souris par vingt-quatre heures. « Pas d'hypersécrétion d'hormones gonadotropes » (Pr Canivenc, 13 mai

1967). Sécrétion de la sérotonine : 5,2 mg/24 h (11 oct. 1967, laboratoire du Pr Mayer, hôpital Pellegrin).

Obs. 6. — 25 unités-souris. « Pas d'hyperfonctionnement » (Pr Canivenc, 1er déc. 1966). 17 céto ; 9 mg/24 h ; 17 OH : 1,4 mg/24 h (16 oct. 1966).

Obs. 2 et 13. — Résultats comparables.

Les examens cliniques des morphotypes sexuels et les examens cliniques et biologiques standards pratiqués chez tout malade entrant dans le service de la clinique neuro-psychiatrique n'ont montré aucune anomalie significative. Cela nous autorise à penser, avec la majorité des auteurs, que l'étude de l'homosexualité des schizophrènes, comme celle de l'homosexualité perversion et celle, sans doute, de la schizophrénie, ne peut pas être abordée sous l'angle d'une perturbation biologique patente dans l'état actuel de nos connaissances. Notre démarche, précisons-le, sera d'ordre psychodynamique, compatible avec la nature de notre sujet.

*
* *

Plus délicate est notre deuxième question qui consiste à se demander s'il existe des rapports entre perversion homosexuelle et thèmes de cette même nature chez le schizophrène. Il est incontestable qu'il existe des glissements possibles d'un état à l'autre, comme l'ont montré deux de nos observations. De plus, nous verrons plus loin qu'il existe des rapports assez étroits entre les agressions précoces contre l'unité du moi dans la perversion et le morcellement psychotique.

Mais nous voudrions montrer « qu'au départ » il s'agit de deux problèmes distincts, que les thèmes développés par le psychotique sont irréductibles à la perversion. En fait, si une clarification de cet ordre nous est apparue nécessaire, nous ne nous cachons pas qu'elle

implique une arrière-pensée qui consiste à croire que l'homosexualité « habituelle » doit se comprendre par référence à la structure perverse alors que celle du psychotique doit se comprendre à partir de la psychose dont elle est née. Certes, cette affirmation peut paraître un *a priori*, c'est en fait une anticipation sur l'essai de compréhension que nous essayerons de faire plus loin. Acceptons transitoirement une affirmation un peu tranchée afin d'essayer de conserver une certaine clarté à notre raisonnement en une matière où les risques de confusion nous sont apparus nombreux.

Quelle que soit l'idée que l'on se fait des perversions, on ne peut pas comprendre l'homosexualité du schizophrène comme l'une d'elles.

Dans une optique phénoménologique (celle de Strauss, de Kuntz, de Von Gebsattel), la perversion se comprend par rapport à une réalité de l'amour, une destruction de cette réalité, un renversement des sens et un comportement obsessionnel. De même dans l'optique existentielle de Boss et de Binswanger, la perversion se révèle comme un mode particulier d'amour. Mais l'émergence d'une psychose bouleverse ses données qui supposent l'existence d'un amour réel et d'une sexualité précise alors que, chez les schizophrènes, le sujet ne se vivra pas homme ou femme, il se donnera épisodiquement comme tel. Dans la psychose, écrira Berouti, « ce n'est pas l'instinct sexuel qui est atteint... elle est présexualité... » « Le comportement homosexuel n'est pas un mode particulier de l'amour, mais une exigence de l'instinct de vie. »

L'optique analytique révèle la même radicale différence entre perversion et thèmes pervers des psychoses. Alors que, dans l'homosexualité « habituelle », « ordinaire », il y a retournement de la pulsion œdipienne, mais persistance d'une situation génitalisée à trois, dans l'homosexualité psychotique, le sujet est à la recherche

de lui-même dans une situation duelle entre lui et son image. Il est incertain au sujet de sa propre existence, de son propre schéma corporel, de son autonomie au monde qu'il structure par le recours à l'image narcissique de lui-même sécurisante et inquiétante (Lebovici), sans le retour narcissique rassurant de la bonne homosexualité (Held). Enfin pour Green : « L'émergence des contenus homosexuels chez un schizophrène n'a rien à voir avec la prise de conscience des tendances homosexuelles inconscientes. Le problème de l'homosexualité chez les schizophrènes doit se comprendre au niveau du délire avec tous les problèmes d'identification qu'il comporte. »

Et, chez plusieurs autres auteurs, nous retrouvons cette idée dont nous avons voulu faire notre point de départ : irréductible à la perversion, l'homosexualité du schizophrène est sinon réductible à la psychose, du moins ne peut se comprendre qu'à partir d'elle. Henri Ey : « Ce qui est important dans l'homosexualité du schizophrène, ce n'est pas l'homosexualité, c'est la schizophrénie. » R. Rebouti : « L'anomalie, c'est le fait schizophrénique. » Lebovici : « L'homosexualité et la psychose sont en quelque sorte consubstantielles... Dans la psychose, le malade ne peut pas évoquer le problème de l'homosexualité... puisqu'il est à la recherche de son intégrité. »

*
* *

Notre troisième question concerne les rapports de l'homosexualité du schizophrène et de celle des autres psychoses.

Dans sa thèse datant de 1935 [1], Pierre Humbert décrit toutes les circonstances psychopathiques au cours

(1) Pierre Humbert : « Homosexualité et psychopathies », thèse pour le doctorat en médecine, Paris, 1935, n° 159.

desquelles le clinicien peut être conduit à rencontrer l'homosexualité. Il est ainsi amené à décrire ce thème dans la cyclothymie (au cours de la phase maniaque), l'épilepsie, l'arriération mentale, la démence sénile, les traumatismes crâniens, la paralysie générale, l'encéphalite épidémique, le tabès, la morphinomanie, l'hémiplégie, et... les états délirants. Une telle entreprise n'est plus de mise aujourd'hui. Nous nous en tiendrons à étudier le thème homosexuel tel que nous l'avons effectivement rencontré dans un nombre limité d'affections. Notre but est de montrer ici encore qu'il s'agit d'éventualités fort différentes que lors de l'évolution d'un processus discordant. Nous serons donc conduit à démarquer notre sujet de l'inversion rencontrée au cours

— de syndromes psycho-organiques,
— de l'accès de manie aiguë,
— de la psychose hallucinatoire chronique,
— de la paranoïa.

Il s'agit, selon les cas, de problèmes diagnostiques ou pathogéniques.

I. — LES SYNDROMES PSYCHO-ORGANIQUES

Nous avons observé des thèmes homosexuels lors de lésions temporales bilatérales et lors d'états confusionnels.

Dans le syndrome décrit par Kluver & Bucy (1939), lié à l'ablation expérimentale des deux lobes temporaux, on constate un hypersexualisme désordonné et l'on peut observer notamment des pratiques homosexuelles. Chez l'homme, il existe des cas, rares, où des faits comparables peuvent s'observer. Ainsi en est-il des cas d'encéphalite herpétique de l'adulte où le sujet a pu survivre à l'agression virale sur ses deux lobes temporaux ; on assiste alors à une ablation quasi expérimentale du rhinencéphale qui

va se traduire par un état démentiel particulier (démence limbique) où nous retrouverons, outre l'amnésie de fixation de type Korsakovien et les troubles de la sphère émotionnelle (type placidité excessive ou colère immotivée) des troubles de la motivation des conduites : hyperactivité motrice désordonnée, activité alimentaire compulsive inadaptée (compulsive oral behaviour), un hypersexualisme désorienté pouvant comporter des conduites homosexuelles.

De semblables faits ne peuvent se comprendre que par l'aspect déficitaire des troubles présentés ou comme des perturbations grossières de l'adaptation due à une lésion. L'état de démence partielle où ils se trouvent renvoie à une sexualité primitive émancipée du contrôle et de l'élaboration par la psyché, à un niveau de régression instinctuelle où la pulsion sexuelle n'est pas encore orienté vers un sujet donné ou vers un but. Nous touchons là à la bisexualité originelle biologique. Mais à partir de ce chaos, l'instinct doit opérer son cheminement et le sexe du sujet a à s'élaborer au contact d'autrui. C'est ici le lieu de rappeler avec Henri Ey que « le sexe psychologique et moral n'est pas donné, il se prend ». Et l'état lésionnel dont nous venons de parler agit en détruisant l'édifice psychologique et biologique de la différenciation sexuelle. Il n'a rien à voir avec la perturbation originale d'un sujet avec son milieu qu'est pour nous la psychose.

Il nous a été donné d'observer l'homosexualité au cours de cette autre psychose organique qu'est la confusion mentale. Nous rapporterons brièvement l'observation de M. P... (Fernand), soixante-seize ans. Il n'avait pas d'antécédent psychiatrique connu. En 1947, il avait été opéré d'une gastro-jéjunostomie pour ulcère du duodénum et l'opération, disait-il, l'avait rendu impuissant. A trente-cinq ans, il s'était marié avec une veuve qu'il connaissait depuis l'enfance. Il a eu une vie sexuelle pauvre. Ethyli-

que ancien, il est entré dans le service dans un état confuso-stuporeux comprenant une obnubilation sévère, une désorientation temporo-spatiale importante, ses rares propos traduisant une impossibilité de fixer son attention sans qu'il y ait de fausse reconnaissance. Les troubles de la mémoire étaient massifs, certaines interrogations sur son état étaient à mettre sur le compte d'une perplexité anxieuse. Il n'existait pas d'onirisme. Il était animé d'un tremblement fin et rapide. A plusieurs reprises, le malade a articulé : « Je ne sais plus si je suis un homme ou une femme. »

Nous trouvons donc, à l'occasion de la psychose confusionnelle, un état fait d'indifférenciation des processus psychiques et une abolition des perspectives du temps et de l'espace qui sont une régression au stade de la pensée syncrétique. Et, à ce niveau de « destructuration », émerge un thème homosexuel. Levée d'une inhibition par un processus psycho-organique ? Déstructuration de la conscience jusqu'à un stade de pensée syncrétique où existe à l'état primordial l'ambivalence sexuelle ? Quoi qu'il en soit, l'intervention de facteurs extérieurs organiques et l'aspect purement négatif des troubles les différencient radicalement de ceux présentés au cours de la schizophrénie.

II. — AU COURS DE L'ACCES DE MANIE AIGUE

Il n'est pas rare de noter, s'intégrant dans le jeu maniaque bavard et volubile, au cours de cette fuite des idées et de ce flot ininterrompu d'images et de scènes colorées, au cours de cette prodigieuse anarchie instinctive et affective qu'est la manie, prenant part au festin orgiaque, un thème homosexuel sous la forme d'une touche rapide, d'un clin d'œil ludique, d'un mot ou d'une phrase, d'un sentiment fugace. Mais il ne s'agit que de

l'exaltation de l'humeur après la restitution de l'objet aimé. Il ne s'agit pas de choix préférentiel, ni de fixation stable ou obsédante et c'est pourquoi l'homosexualité du maniaque ne peut être comparée à celle du schizophrène.

III. — LA PSYCHOSE HALLUCINATOIRE CHRONIQUE (P.H.C.)

Il est très fréquent, nous l'avons observé à plusieurs reprises, de rencontrer des thèmes homosexuels dans le contenu des hallucinations de la psychose hallucinatoire chronique de Gilbert Ballet.

M. Maurice B... a cinquante-deux ans, il est électricien. Depuis dix ans, alors que, par ailleurs, il arrive à mener une vie sociale et qu'il n'est pas détérioré, il présente un riche syndrome hallucinatoire évoluant parallèlement à un délire de persécution. Il sent des odeurs de mort, de putréfaction, il a des cénesthopathies diverses (poliopsies), il présente des hallucinations visuelles, il entend des propos malveillants émanant de voisins qui usent de tous les procédés. Au cours de ce qu'il nomme une « forte crise d'érotisme », il a entendu ses persécuteurs déclarer : « On va t'exploiter glandulairement. » Depuis, ce ne sont que propos désobligeants sur sa sexualité, on le traite de pédéraste, de « tapette ».

Le problème que posent ces faits cliniques renvoie à celui de la place nosographique de cette entité qu'est la P.H.C. Il n'est pas dans notre intention de débattre de ce problème en détail. Disons que sa place est une place charnière dans le vaste cadre des délires chroniques entre paranoïa et schizophrénie. Forme dégradée et hallucinatoire de paranoïa, modalité évolutive favorable et tardive de schizophrénie, ou processus autonome, nous ne nous

sentons pas autorisés à décider si les mécanismes qui régissent la genèse de la psychose discordante régissent aussi la P.H.C.

IV. — LA PARANOÏA

Il nous reste à envisager le problème de l'homosexualité chez les paranoïaques, considérée par Freud comme ayant un rôle pathogénique déterminant et à nous interroger sur le point de savoir s'il pourrait en être ainsi dans la schizophrénie. Sur ce point crucial, les lectures que nous avons faites nous ont montré de nombreuses obscurités, de nombreuses confusions, de nombreuses extensions abusives. Notre point de vue, que nous voudrions résumer ci-après, est qu'il existe une différence tranchée sur le plan clinique entre la paranoïa, la schizophrénie et les états paranoïdes et que, par conséquent, il serait étonnant de penser qu'un seul mécanisme psychopathologique puisse expliquer l'ensemble de ces états. En un mot, la défense contre l'homosexualité inconsciente ne peut rendre compte de la totalité des délires chroniques. Nous montrerons que Freud lui-même n'a jamais pensé différemment.

Dans la littérature anglo-saxonne, riche en études sur les comportements, la préoccupation et les tendances homosexuelles des schizophrènes, des paranoïaques et des paranoïdes, une différence radicale avec notre façon de voir survient constamment et alimente la confusion. Pour Henderson & Gillepsie, dans leur manuel de psychiatrie, il existe dans les délires chroniques, à côté de la paranoïa et de la schizophrénie, des états plus bâtards : les états paranoïdes, qu'ils classent avec la paranoïa, et les paraphrénies, qu'ils classent avec les schizophrénies. Aronson, cherchant des critères des états paranoïdes, choisit quatre thèmes : persécution, érotomanie, jalousie et mégalomanie. De même, Planansky & Johnston établissent une

liste de signes servant de critère pour évaluer le degré de « paranoïdie » (paranoïdness), où l'on ne trouve que des traits nettement affirmés de paranoïa [1]. Et nous pourrions multiplier les exemples. D'ailleurs, certains auteurs dont KLAF précisent qu'ils ont choisi leurs critères diagnostiques (de schizophrénie paranoïde) conformément à l'« American psychiatric Association Diagnostic » et le « Statistical Manual of Mental disorders ». Tantôt classés du côté de la paranoïa, tantôt du côté de la schizophrénie, les états paranoïdes, sorte de paranoïa schizophrénique ou de schizophrénie paranoïaque, apparaissent comme des états frontières. Ceci ne serait pas grave et l'importance de telles conceptions ne dépasserait pas celle des conventions nosographiques, si, rencontrant l'homosexualité dans ces états dans une proportion « statistiquement significative », on ne pensait avoir prouvé et le bien-fondé des hypothèses de FREUD dans l'étude du cas SCHREBER, et le rôle pathogénique de l'homosexualité dans la paranoïa et la schizophrénie. La conception de la psychiatrie classique faisant de la paranoïa de KRAEPLIN cette mégalomanie sthénique procédurière si particulière, de la schizophrénie de BLEULER tout ce qui se rattache à la notion de SPALTUNG et de la psychose paranoïde ce qu'en a fait CLAUDE, c'est-à-dire la forme délirante de la schizophrénie, sans vouloir ici envisager le problème dans son entier, permet d'éviter des interprétations abusives de ce type. Bien sûr, l'inconvénient majeur des mots et des noso-

(1) 1. Idée de « référence » ou d'influence.
2. Délires de persécution.
3. Comportement agressif, hostile, bagarreur ; patient, ni doux ni passif.
4. Délires de grandeur.
5. Rigidité de la personnalité, méfiance.
6. Persistance des mécanismes du jugement, projection, intellectualisation.
7. Taux peu élevé de détérioration.
8. Pensée psychotique présentée de manière logique, systématisée et persuasive.

graphies est de laisser bien des cas en position de rupture d'étiquettes ; c'est le cas pour le président Schreber.

Pourtant, une lecture attentive du texte de Freud devrait permettre de rétablir l'évidence : l'intention est de jeter les bases du mécanisme de la paranoïa et non de la schizophrénie. Pourtant, certaines ambiguïtés existent dès le premier sous-titre (« Démentia paranoïdes »). Il faut dire que le terme de démence paranoïde introduit par Claude, aujourd'hui quelque peu tombé en désuétude, s'il a été maintenu par Kraeplin dans la démence précoce, l'a été postérieurement à 1911, date de la parution de l'analyse du cas Schreber. A cette époque, il désignait une sorte de « No man's land » nosographique situé dans les délires chroniques hors des grands cadres. Etat délirant avec détérioration et pensée discordante, qui a longtemps été appelé d é m e n c e vésanique. Raviart & Nayrac proposent d'ailleurs le maintien de cette entité clinique et de son nom pour désigner ce tableau particulier propre à la géronto-psychiatrie. En fait, il est difficile de savoir ce que recouvrait exactement cette entité à l'époque où écrivait Freud. On peut cependant être sûr qu'il ne s'appliquait à rien qui concerne la schizophrénie, et que Freud l'a employé pour traduire sa perplexité. Il écrit en effet : « Un tableau morbide comme celui de Schreber mérite le nom de démence paranoïde. Du fait du relief du désir fantasmé et des hallucinations, il répond au type paraphrène, par son mode de déclenchement, de mécanisme, de projection et son issue, il est à mettre au compte du type paranoïaque. » Un cas aussi riche et complexe autorise des discussions innombrables, ce qu'il n'a pas manqué de faire. Il ne s'agit pas d'une paranoïa simple. Adoptons sur ce problème la conclusion nuancée et ouverte de P.-C. Racamier & J. Chasseguet-Smirgel dans leur révision du cas Schreber : « A partir d'un état de type mélancolique, le malade a esquissé une position

paranoïaque à laquelle il n'a pu se tenir, entraîné qu'il fut plus loin dans la voie de la désorganisation psychotique vers une position paraphrénique sévère. »

Mais il semble qu'une partie de l'ambiguïté réside dans l'incertitude de Freud à déterminer l'extension exacte à donner à sa découverte. A plus d'un moment, il semble tenté d'y voir un mécanisme très général à la psychose. C'est sans doute l'imprécision où il était quant à l'étiologie de la démence précoce qu'il faut voir cette tentation. Un passage nous paraît significatif à cet égard : « Le point faible de leur évolution (des paranoïaques) doit se trouver quelque part aux stades de l'auto-érotisme, du narcissisme et de l'homosexualité et que leur prédisposition pathogène peut-être plus exactement déterminable encore, réside en cet endroit. Aux déments précoces de Kraeplin (schizophrénie de Bleuler), il conviendrait d'attribuer une prédisposition analogue et nous espérons, par la suite, trouver d'autres points de repère nous permettant de rapporter les différences existant entre les deux affections quant à la forme et à l'évolution, à des différences correspondantes entre les fixations prédisposantes. »

Ainsi donc, dans la pensée freudienne, s'il existe un rapprochement possible entre schizophrénie et paranoïa, c'est que l'une et l'autre sont des psychoses, c'est-à-dire que l'origine des troubles qui les conditionne doit être recherchée en deçà de l'œdipe dans la situation narcissique primaire. Ce qui est bien différent que de penser l'homosexualité rendant compte de tout. *Il est bien clair que paranoïa et schizophrénie naissent de la fixation sur le moi de la libido qui s'est détachée de l'objet. Peut-être est-il permis de penser qu'à ce stade c'est de la répression de la pulsion homosexuelle que naît la paranoïa alors que le retour à un certain auto-érotisme primitif rend compte de la démence précoce.*

En fait, il existe dans le texte de Freud des remar-

ques tout à fait nettes et qui définissent la différence entre paranoïa et schizophrénie, sur ce point précis du rôle à assigner aux pulsions homosexuelles. A la fin de son étude du cas Schreber, Freud pose les bases d'une série de discussions nouvelles et, en quatrième lieu [1], il pose très clairement le problème que nous abordons dans ce chapitre : « Jusqu'à quel point notre conception de la paranoïa réagira-t-elle sur la conception de la démence précoce ? » Après avoir défendu la position kraeplinienne qui consiste à séparer les deux entités et avoir donné des caractères distinctifs (prédominance de la projection dans la paranoïa, évolution moins favorable de la schizophrénie), il précise : « Il n'est nullement probable que les impulsions homosexuelles que nous rencontrons si fréquemment, peut-être même invariablement dans la paranoïa, joue un rôle d'importance égale dans l'étiologie de la démence précoce, affection d'un caractère infiniment moins circonscrit. »

Ainsi donc, si la paranoïa semble s'organiser tout entière à partir de l'affirmation première « Je l'aime » (lui, un homme) et selon le schéma que propose Freud [2], *nous sommes dans la schizophrénie en présence d'un trouble beaucoup plus global* de la personnalité où l'homosexualité apparaît comme une expression moins fondamentale. Et le présent travail a pour but de montrer qu'il ne s'agit pas d'une expression contingente, mais que cette expression a une signification relativement précise, qu'elle est une « modalité signifiante de l'absurdité schizophrénique » (Berouti).

(1) A la page 318 de l'édition française.

(2) 1. « Je ne l'aime pas, je le hais, il me hait », qui débouche sur le délire de persécution. — 2. « Ce n'est pas lui que j'aime ; c'est elle que j'aime », puis « Je m'en aperçois, elle m'aime », qui débouche sur l'érotomanie. — 3. « Ce n'est pas moi qui aime l'homme ; c'est elle qui l'aime », qui débouche sur la jalousie. — Et enfin 4. « Je n'aime pas du tout ; je n'aime personne, je n'aime que moi », qui débouche sur la mégalomanie.

CHAPITRE II

HISTORIQUE

PLAN

Première période : fin du siècle dernier.
Deuxième période : début de ce siècle. Description clinique.
Troisième période : après l'étude du cas Schreber par Freud (1911), tentatives pour faire de l'homosexualité la cause de la schizophrénie.
Quatrième période : avec les psychanalystes contemporains et les phénoménologues : rétablissement de la causalité au profit de la psychose.

Etablir un historique du thème de la perversion homosexuelle dans les psychoses discordantes représente une certaine gageure.

En effet, le sujet a ses racines dans deux domaines très vastes : l'homosexualité et la schizophrénie qui, l'une et l'autre, imprègnent presque tout le champ de la psychopathologie. Il est difficile de décider du sens d'une évolu-

tion, voire même d'un cheminement cohérent. Pour éviter une énumération stérile de noms et de dates, nous avons tout de même tenté une histoire de la connaissance dans ce secteur assez délimité. Bien que notre historique se ressente de celui des deux termes qui en définissent le champ, nous avons circonscrit notre étude à l'évolution des idées sur l'homosexualité du schizophrène sans l'étendre, on le comprendra aisément, à celle de Sodome et de la démence précoce.

C'est ainsi que nous avons délimité une période antérieure à la formulation de notre sujet, puis une seconde où la description apparaît chez les cliniciens du début du siècle. Puis, avec Freud, en 1911, va s'ouvrir une longue période où les auteurs vont s'attacher à trouver un lien de causalité directe entre homosexualité et schizophrénie, dans le sens que celle-ci va être rendue directement et abusivement responsable de celle-là. Enfin, dans une quatrième époque, qui chevauche la précédente, le sens de la causalité va nous paraître s'inverser au profit de la psychose jusqu'à une sorte d'équilibre où la causalité stricte cède le pas à un mode particulier d'envisager la psychose.

PREMIERE PERIODE :

Fin du siècle dernier.

Avant la fin du XIX[e] siècle, les cliniciens n'ont pas porté une attention particulière à cette association symptomatique. Si, à l'occasion certaines observations de Charcot, Magnan, Chevalier, Cullère ou Christian, en portent la trace aux environs des années 1880, le fait n'est pas stigmatisé. La raison en est que d'une part, à l'époque, c'est l'aspect déficitaire de la démence précoce qui retient surtout l'attention, et que d'autre part et surtout, l'homo-

sexualité entraîne ironie et jugement moral, ce qui interdit l'observation compréhensive. Qu'on se rappelle la définition de l'homophilie donnée par Pinel : « Vice contre nature demandant le concours de deux personnes de même sexe également débauchées ». Du fait de cette attitude, aucune distinction n'est faite entre inversion perverse, psychotique ou criminelle, la perversion étant les trois. Ce sont, paradoxalement serait-on tenté de dire, les notions de dégénérescence et de constitutions morbides appliquées par Hirshfeld, Kraft-Ebing, Moll et Ellis à l'homosexualité, et par Charcot et Magnan à la psychose, qui vont permettre la description objective.

DEUXIEME PERIODE :

Description clinique.

Sans apercevoir ou sans admettre un lien de causalité entre l'une et l'autre, vont apparaître dans la littérature du début du siècle des observations tout à fait explicites d'homosexualité schizophrénique. En 1909, Serieux & Capgras rapportent des cas qui ne sont pas sans rappeler ceux que l'on a lus dans la première partie de ce travail. Les faits cliniques sont très nombreux : cette malade d'Esquirol présentait une manie atypique dont l'excitation cédait quand on lui accordait les vêtements masculins qu'elle demandait. Cette malade de Courbon & Fail relatait un délire de bisexualité lors de masturbations. Ce malade de Guiraud (1922) s'était habillé en fille quand il était adolescent, avait pratiqué l'homosexualité à l'armée avant d'entrer dans sa psychose, mais, commentait l'auteur : « Les tendances homosexuelles, fréquentes dans les délires systématisés, ont été surtout étudiées avec quelque exagération par les psychanalystes, mais, généralement, elles ne constituent qu'un épisode

accessoire dans l'ensemble. » Il faudrait également mentionner la belle observation de Claude (1925) qui lui donne l'occasion de préciser la place nosographique des psychoses paranoïdes. En 1935, dans sa thèse, déjà citée, Humbert fait l'inventaire de toutes les affections mentales où se rencontre l'homosexualité, de la paralysie générale à la démence sénile en passant par l'arriération mentale et les états délirants. Il s'attache à décrire la thématique : il différencie les envies de rapports (passifs et actifs) des peurs d'être l'objet de tels rapports et des accusations délirantes. Il établit un lien de causalité de la psychose vers l'homosexualité et donne aux délires des causes hormonales, nerveuses, voire psychologiques, c'est-à-dire conflit entre une personnalité et un processus.

Mais après, pendant une longue période, la littérature est pauvre en faits de ce genre, et lorsque Koupernik, en 1960, rapporte à l'évolution psychiatrique une riche série de quinze cas de délires à thèmes homosexuels chez des schizophrènes, il renoue avec une tradition descriptive après trois décades d'élaborations pathogéniques.

Retenons de ce matériel clinique du début du siècle quelques notions utiles. Le thème apparaît souvent dans un contexte de dépersonnalisation, d'agitation anxieuse ou de dépression. Il s'accompagne souvent de thèmes délirants touchant le corps (mutilation, transformation sexuelle, morcellement, auto-fécondation...). Enfin, sur le plan historique, il est intéressant de constater que la description de la perversion chez les déments précoces apparaît pour la première fois dans l'héboïdophrénie de Kahlbaum (1885), c'est-à-dire cette forme de psychose où « la folie morale » est au premier plan et où la « déchéance intellectuelle » est mineure. Meggendorfer, en 1921, fera de cette forme, qu'il appellera parathymie, le pendant de la paraphrénie, toutes deux formes marginales et de bon pronostic de la future schizophrénie. C'est donc comme

atteinte du sens moral chez le dément précoce, qu'apparaîtra historiquement l'homosexualité schizophrénique avec cette remarque précieuse que nous aurons soin de ne pas oublier, qu'elle s'accompagne de peu de détérioration, Mais, quand parlant des problèmes nosographiques et pratiques de l'héboïdophrénie, HALBERSTADT écrit : « Les déments précoces ont droit à l'asile, les anormaux constitutionnels relèvent de l'asile de sûreté », nous mesurons la distance qui sépare les grands cliniciens du début du siècle et la psychiatrie moderne.

TROISIEME EPISODE

Après l'étude du cas SCHREBER *par* FREUD *en 1911*, tout un courant que je qualifierai volontiers de dissident a recherché dans l'homosexualité la cause directe de la psychose schizophrénique. Nous nous sommes expliqués sur ce qui nous était apparu des intentions de FREUD dans son interprétation et des abus qu'elles ont suscités. L'argument numérique sert à cette façon de voir et certains auteurs semblent dire : « Si l'homosexualité est si fréquente dans la schizophrénie, c'est qu'il doit y avoir une raison », et de là « l'échec des mécanismes de défense contre l'homosexualité inconsciente joue un rôle déterminant dans la psychose ». En 1931, GARDNER, à partir de l'analyse de 120 cas de démences précoces, met en exergue la fréquence : 55 % présentent des thèmes homosexuels, dans un cas sur trois il s'agissait de comportement pervers ou de délire d'agression homosexuelle de la part d'un tiers. En 1949, KLEIN & HORWITZ, à partir de leurs 80 observations, imputent moins l'homosexualité que la masturbation avec son sentiment de culpabilité, les expériences sexuelles peu gratifiantes et surtout le sentiment diffus chez ces malades d'être inférieurs et différents.

Klaf & Davis, en 1960, comparent de ce point de vue 150 sujets mâles étiquetés schizophrènes paranoïdes et un groupe témoin de 150 sujets non psychotiques observés dans le même hôpital. Les préoccupations homosexuelles des paranoïdes sont beaucoup plus fréquentes (30,7 % contre 6 %), leurs expériences antérieures sont également plus fréquentes (36,7 % contre 18,7 %), 26,7 % des malades ont des hallucinations à thème sexuel, enfin 81,7 % ont un persécuteur du même sexe (masculin). Par contre, une étude de 75 cas féminins donne à ce même auteur (Klaf) des résultats discordants. Si les préoccupations homosexuelles restent plus fréquentes (14,7 % contre 7 %), la fréquence des expériences homosexuelles préalables est comparable (10,7 % contre 10 %) et le persécuteur est préférentiellement masculin (61,3 % d'hommes, 26,7 % de femmes, 12 % des deux sexes).

En 1961, Moore & Selzer apportent des arguments statistiques montrant également l'importance du thème. Ils comparent 128 schizophrènes paranoïdes à 77 schizophrènes non paranoïdes. Ils trouvent des préoccupations homosexuelles plus fréquentes dans le premier groupe (61 % contre 30 %) et une homosexualité ouverte également plus fréquente (30 % contre 16 %).

Par ailleurs, plusieurs auteurs, Chapman & Reese (1953), Betty & Meketon (1962) ont trouvé une fréquence « significative » des thèmes homosexuels au test de Rorschach chez les schizophrènes. Pour parlants que soient ces chiffres et ces faits cliniques, nous prétendons qu'ils ne sauraient rien prouver, car nous ne sommes pas d'accord avec les auteurs américains sur le sens du mot paranoïde ; les chiffres peuvent se contredire, comme dans le cas de Klaf, et il y a loin de la constatation à la compréhension du pourquoi. Bien des auteurs cités le reconnaissent d'ailleurs. La seule portée de ces travaux (et il en existe bien d'autres, ceux de Planansky & Johnston,

par exemple, que nous avons cités par ailleurs) est de rappeler que ce fait clinique existe, qu'il est fréquent et que son sens est à trouver.

QUATRIEME PERIODE

QUI CHEVAUCHE EN FAIT DANS LE TEMPS DES DEUX PRÉCÉDENTES.

Elle voit s'inverser le sens de la causalité au bénéfice de la psychose qui devient responsable du thème homosexuel. La nouveauté apparaît par rapport aux idées identiques de Claude, Magnan & Esquirol dans la signification dynamique ou structurale recherchée au thème. Hendricks précise que « la découverte d'une énergétique homosexuelle chez le schizophrène nous aide à comprendre un mécanisme mais non la cause ou l'origine de la psychose ». Hoskins en fait un trouble de l'évolution libidinale, une impossibilité pour le psychotique d'accéder à l'œdipe. Grauer, en 1955, développe l'idée qui sera souvent reprise de tendances homosexuelles naturelles et enfouies resurgissant des profondeurs de la psyché à l'occasion de la désintégration du Moi. De même, en 1958, Trethowan conclut de l'analyse de 76 cas que les troubles sexuels sont l'effet et non la cause d'une perturbation de la fonction du Moi.

La position des psychiatres contemporains sur notre problème semble s'être précisée et converger jusqu'à un certain point malgré les divergences doctrinales. Parmi les héritiers plus ou moins lointains de la phénoménologie, Follin et H. Ey, parmi les tenants de la psychanalyse, Diatkine, Green, Held, Lebovici. Follin nous invite à situer notre sujet au moment matriciel où se pose le problème essentiel de l'image du Soi. H. Ey, dans la régression psychotique qui conduit au narcissisme originel. Green affirme que l'homophilie des psychotiques doit se

comprendre au niveau du délire, avec tous les problèmes d'identification qu'il comporte. Diatkine y voit un moyen de liquider l'angoisse par un recours à l'image narcissique rassurante et sécurisante de Soi. Held, lui, attribue une fonction antimorcellante, Lebovici suppose une consubstantialité entre homosexualité et psychose.

Parmi les travaux récents, le plus riche est sans conteste la conférence présentée au cercle d'études psychiatriques, en 1962, par Berouti, où nous avons trouvé de nombreuses directions utiles à notre travail.

CHAPITRE III

REMARQUES CLINIQUES

P L A N

Fréquence du thème homosexuel dans la schizophrénie.
Sexe : plus grande fréquence chez l'homme. Essai d'interprétation.

L'âge de survenue du thème.
Description séméiologique de la thématique homosexuelle :
- — Antécédents postpubertaires.
- — Comportement actuel.
- — Préoccupations conscientes.
- — Délire hallucinatoire, intuitif, interprétatif.

Les signes accompagnateurs :
1° La panique homosexuelle.
2° La note obsessionnelle.
3° La thématique corporelle.

Essai de description clinique en référence à l'autisme.
Unicité du problème au stade de la compréhension.
Le cas particulier du trans-sexualisme.

Nous voudrions, dans le chapitre qui va suivre, faire des remarques sur la thématique rencontrée dans nos observations, les signes accompagnateurs et situer l'émergence des thèmes selon une perspective dynamique dans un essai de description clinique en référence à l'autisme. Enfin, nous voudrions, avant de vous expliquer brièvement sur le trans-sexualisme, parler de l'unicité profonde de ces manifestations cliniques. La nécessité de ce chapitre a ses racines dans la richesse, le polymorphisme protéiforme de notre sujet, mais nous nous interrogeons sur le point de savoir si la compréhension naît de la multiplication des angles de vue ou, au contraire, l'affirmation d'une unité profonde sous une hétérogénéité de surface. Notre conviction est que toutes ces facettes de la réalité clinique sont la traduction d'une certaine fonction relativement univoque et que le kaléidoscope de ce chapitre ne cachera pas le faisceau du chapitre suivant.

Mais nous nous expliquerons au préalable sur la fréquence absolue et relative au sexe et à l'âge des patients du thème d'homosexualité chez le schizophrène.

Il est certain que le thème est fréquemment rencontré au cours des psychoses discordantes. Dans le service de psychiatrie hommes de la Clinique Neuro-Psychiatrique de Bordeaux, où nous avons puisé l'essentiel de notre matériel clinique, le Docteur de Boucaud a relevé que, sur les 15 malades diagnostiqués schizophrènes sous toutes ses formes, en un an (de juin 1967 à juin 1968), le thème homosexuel est apparu six fois, soit dans 40 % des cas. Le chiffre que nous avançons porte sur un échantillon trop réduit, sur un laps de temps trop bref, pour avoir une valeur statistique, et nous ne le citons que pour donner un ordre de grandeur. Dans la littérature, le pourcentage se situe entre 40 et 60 %. Gardner, en 1931, sur une série de 150 schizophrènes, retrouve 55 % de thèmes homosexuels sous des aspects variés. Klaf & Davis, en 1960,

sur une série de 150 schizophrènes hommes, observent un pourcentage de 30,7 % de préoccupations homosexuelles et de 36,7 % d'expériences antérieures ou actuelles, mais ne donnent pas de chiffres globaux. Planansky & Johnston, en 1962, trouvent, sur une nouvelle série de 150 psychotiques du sexe masculin, 24 % d'expériences antérieures à la maladie et 51,2 % de préoccupations homosexuelles contemporaines à elle. Enfin, Moore & Selzer (1963), sur une série de 128 schizophrènes paranoïdes, dénombrent 61 % de préoccupations actuelles et 30 % d'expériences antérieures.

La deuxième remarque de ce chapitre concernera la fréquence par rapport au sexe. Il est certain que la survenue du thème homosexuel est plus fréquente chez le schizophrène homme. Ainsi, Koupernik, dans sa série de 15 malades, ne rapporte que 3 cas féminins. Klaf, qui avait étudié 150 cas masculins, limite son étude parallèle à 75 cas féminins et constate un pourcentage de préoccupation homosexuelle de 14,7 % contre 30,7 % chez les hommes. Pour notre part, nous ne sommes pas en mesure de donner une comparaison chiffrée puisque notre échantillon provient d'un service d'hommes, mais les points de comparaison que nous avons (pratique psychiatrique dans un service mixte et dans un service de femmes, consultation, différents avis de psychiatres), ont confirmé notre opinion de la fréquence élective du thème dans la population psychotique masculine. Comment peut-on comprendre cette constatation clinique ? Peut-être en est-il de l'inversion du psychotique comme de celle du pervers qui veut que chez la femme les manifestations soient moins tapageuses, plus difficiles à saisir, plus ineffables, plus vagues. Nous proposerons une autre interprétation.. Nous avons vu que, dans une proportion non négligeable de cas, le thème homosexuel apparaît dans un contexte de persécution, de malveillance de l'entourage qui use de

l'anathème « C'est un pédéraste ». Or, chez la femme, pour des raisons qui tiennent à la culture, il n'en est pas ainsi. Il est rare que la persécution féminine use électivement du thème de lesbianisme, et semble lui préférer les accusations de prostitution. Nous serions tenté de penser, mais il faut nous garder d'une affirmation définitive, que les accusations de pédérastie chez le délirant persécuté sont l'équivalent par leur banalité et leur fréquence des accusations de prostitution chez la délirante.

L'âge de survenue du thème étudié n'appelle guère de copieuses remarques. Il s'agit de sujets jeunes, en début d'évolution de la psychose ou lors d'une période de réactivation. Les âges extrêmes dans notre série sont de quarante et un et seize ans et la moyenne d'âge est de 26,6 ans. Dans le travail de Klaf, cette moyenne d'âge est de 31,9 pour les hommes et 35,2 pour les femmes.

Nous allons tenter maintenant une description séméiologique rapide de la thématique homosexuelle chez nos patients.

— Parfois, il s'agit d'antécédents antérieurs à l'affection et que le processus psychotique actualise. Dans ces cas, les épisodes se situent dans la période postpubertaire. Ils consistent en des masturbations réciproques entre camarades de classe. Le sujet a souvent été initié par un compagnon plus âgé. Rarement il y a eu tentative ou réalisation de sodomisation. Ces pratiques sont transitoires et n'ont pas excédé quatre ans. En somme, ces faits ne diffèrent en rien de l'initiation du futur pervers ou de l'histoire sans lendemain que révèle le rapport Kinsey.

— Ailleurs, il s'agit de comportement actuel suivi (masturbation réciproque, sodomie passive ou active, fellatio). Nous n'avons rencontré ce type d'activité qu'une fois dans notre série (obs. 2). Planansky & Johnston l'ont rencontré trois fois sur 150 malades, soit 2 %, ce qui est inférieur au taux de 4 % du rapport Kinsey sur l'homosexua-

lité habituelle de la population globale. Du fait de l'apragmatisme sexuel du schizophrène, de son immersion dans le monde du phantasme, l'homosexualité habituelle n'est pas son fait et nous tenons là un caractère distinctif majeur de la perversion. Il ne s'agit pas d'une activité sexuelle véritable avec un objet choisi et préféré, mais de perceptions erronées, de décisions impropres et de perte du contrôle émotionnel, c'est-à-dire une activité qui est du domaine du déréel.

— Ailleurs, le malade va faire part de préoccupations conscientes. Il expliquera qu'il a de bonnes raisons de croire qu'il est homosexuel, qu'il a senti un élan vers un autre. Il demandera à être rassuré sur son sexe réel, se documentera sur la psychologie des hermaphrodites (obs. 13). Il accuse des tendances homosexuelles. Il est préoccupé. Il a peur de sombrer dans la perversion.

— Mais, le plus souvent, le malade développe un délire permanent dans son thème, sinon dans son développement. Il présentera (surtout) des hallucinations auditives. Des voix l'accusent, colportent, ironisent, persiflent. « C'est un pédé, une tapette, un joueur de flûte, un drôle de type, une tante. » On lui montre des scènes où il accomplit des actes obscènes avec d'autres hommes. Il voit et il entend des flashes et des caméras. On lui fait sentir des odeurs immondes ; des hommes se livrent à distance à des attouchements. Plus rares sont les avances guidées par des hallucinations bien que rencontrées quatre fois par Planansky & Johnston. Lorsqu'il n'entend, ne voit, ni ne sent rien, il lui est facile de comprendre par intuition ce que les gens doivent penser. Il sait que des hommes viendront cette nuit pendant son sommeil l'attaquer. Il interprète aisément faits, gestes st symboles. Ce n'est pas un hasard si un homme ricane quand il entre dans une pièce ou qu'un autre fredonne « Bohémien aux grands yeux noirs » (obs. 13). Si sa femme a ce geste en sa com-

pagnie, c'est pour dire aux autres hommes : « Tu peux y aller, mon mari est un homosexuel » (obs. 9). S'il accepte la cigarette qu'on lui offre, « ils » peuvent vouloir que je me livre sur eux à la fellatio (obs. 13) ; ce thème est retrouvé sous une forme tout à fait analogue par Planansky & Johnston. D'autres symboles sont livrés à notre interprétation ou à celle du malade. La malade de Koupernik (obs. 15) voit dans la démarche d'une amie des intentions lesbiennes. En la dépassant pour la regarder, elle a manifesté son désir de la pénétrer, elle a exprimé « tout son péché dans ce pas pour dépasser ». Le malade de Bourgeois (obs. 6) manifeste sa peur de devenir homosexuel par la peur de perdre les roues de sa voiture.

LES SIGNES ACCOMPAGNATEURS

1° La panique homosexuelle.

Il est des cas, comme dans notre observation 13, où le thème délirant d'inversion est presque isolé et l'on est très embarrassé pour affirmer la discordance. Le malade exprime un sentiment de perplexité plus ou moins teinté d'angoisse. Ailleurs, l'angoisse est plus nette et les auteurs anglo-saxons font souvent mention du concept de « panique homosexuelle » décrit par Kempf [1]. Planansky & Johnston rencontrent huit fois dans leur série cet état où le sujet, tout en écoutant ces hallucinations, ou dialoguant avec elles, manifeste une tension extrême avec frayeur, cri, déambulation. Le malade est dyspnéique, tachycarde, couvert de sueurs. Notre observation 11 est comparable aux cas qu'ils décrivent. Nous voyons dans cet état la synthèse de tout ce qui est signalé dans la littérature comme pouvant faire cortège avec le thème

(1) Kempf : « Psychopathology » (Mosby, Saint-Louis, 1920).

d'homophilie : anxiété, angoisse, agitation confuse, épisodes maniformes ou de dépersonnalisation. Les tentatives de suicide sont fréquentes au cours de ces états (obs. 6). Nous comprenons cet état comme une circonstance particulière, mais de même nature que la panique psychotique : angoisse ineffable corporellement ressentie, conscience submergée par quelque chose d'étranger, d'ineffable, d'incontrôlable et d'infiniment pénible.

2° La note obsessionnelle.

Dans de nombreuses observations (6, 7, 13), on retrouve l'allure obsédante du thème délirant. Il occupe souvent seul, ou presque, les préoccupations continuelles du sujet. Le malade ne parle de rien d'autre, il organise tout son comportement selon certains rites qui traduisent la preignance de leur préoccupation. Le malade, dans l'observation 7, évite de toucher les draps de son lit, évite les représentations masculines et jusqu'au mot « homme » qu'il pourrait entendre à la radio et qui entraînerait des érections pénibles.

3° La thématique corporelle.

Il est habituel, dans nos observations, de trouver des thèmes délirants ayant pour objet le corps. Alberto M... (obs. 11) : « Mes pieds, mes mains ne sont plus comme avant. Je n'ai plus de sang. » Ailleurs, de nombreux faits vont dans le même sens. Tel malade se plaint de n'avoir plus de « nature » dans son corps. Tel autre sent un vagin lui pousser dans la gorge. Tel autre sent son scrotum se ratatiner, son pénis se dessécher et le protège d'une bande. Les délires de transformation corporelle, de stérilité, d'auto-fécondation, de bisexualité, les automutilations, font parfois cortège et nous leur accorderons une grande place dans l'essai de compréhension de nos observations.

ESSAI DE DESCRIPTION CLINIQUE EN REFERENCE A L'AUTISME

Nous aimerions, après cette description clinique, trait par trait et obligatoirement statique, ébaucher une tentative de description séméiologique dynamique. Elle consistera à envisager le malade non plus dans la solitude de son symptôme, objet de descriptions immobiles, mais dans son rapport à autrui et au monde. Nous voudrions montrer que les symptômes décrits n'apparaissent pas sous leur forme canonique quel que soit le monde environnant, mais qu'ils apparaissent dans la rencontre du sujet avec le monde dans un rapport fondamentalement bouleversé du fait de la psychose. Si « l'autisme est ceci qui se passe entre le schizophrène et autrui » (Berouti), nous voudrions savoir si l'autisme ne préside pas à la naissance de l'homosexualité schizophrénique et n'en façonne pas, pour une part, le visage. C'est volontairement que nous situons cette esquisse dans le chapitre clinique, car nous ne voulons ici rien interpréter ni rien expliquer par référence à autre chose, mais seulement changer l'angle de prise de vue pour tenter une observation dynamique.

Ainsi, M. M... (obs. 9) est ajusteur. Sa vie sociale est possible, mais, chaque fois qu'il se lie avec une femme, surviennent des phénomènes curieux : elle fait comprendre par des signes aux hommes qui passent que son mari est homosexuel et qu'elle désire en changer. Il a quitté sa première femme après un mois de mariage, n'a pu avoir de liaison de plus de quinze jours et n'est pas plus heureux avec sa seconde femme. Il se sent exclu d'un métalangage qui permet aux êtres de communiquer au-delà de la parole. Il épie et doit faire de gros efforts pour deviner la signification du double des choses. Délire d'interprétation certes, délire de jalousie sous-tendu par un délire homosexuel, mais aussi « délire de relation »,

c'est-à-dire un grain de sable dans la relation duelle, un quelque chose qui fait qu'une monstruosité apparaît au moment matriciel où son identité se constitue dans le rapport à l'autre. Le psychotique n'a pas d'être fixe, pas de corps propre et sa rencontre avec l'autre l'expose à de telles aberrations.

Mais l'autre s'éloigne-t-il, se perd-il dans la masse anonyme de ses semblables ? Ce sera de ce « on »-là qu'émanera le refus d'accepter le psychotique comme un être à part entière, complet, identique et fraternel. Il sera dans cette foule le différent, le banni, à qui l'on appliquera l'anathème de la pédérastie.

Que l'autre disparaisse tout à fait derrière l'épaisseur des murs de la solitude schizophrénique. Il se retrouvera seul face à lui-même dans son miroir. C'est dans son corps sans unité, dans cette mosaïque chaotique d'organes, que va naître l'angoisse de l'absence de corps propre, de sexe propre, et cette découverte incongrue qu'il doit être cette chose bizarre qu'on appelle homosexuel. Ainsi, à trois niveaux de son existence avec autrui, dans la rencontre, dans la présence non figurée des autres ou dans la solitude, le schizophrène peut se découvrir et se vivre homosexuel.

UNICITE DU PROBLEME AU STADE DE LA COMPREHENSION

Mais le moment est venu de réunifier ce que nous avons jusqu'à présent dispersé. Il est bien évident qu'il existe des différences tranchées entre des tendances, des thèmes délirants et des comportements, que les manifestations d'accompagnement peuvent être très variées et les circonstances d'apparition par rapport au groupe social diverses, mais ne s'agit-il pas d'options relativement contingentes ? Les modalités sont d'ailleurs relativement peu fixées chez

un même malade et ce qu'il importe d'affirmer au seuil de la démarche compréhensive est qu'il nous faut supposer une dynamique commune à toutes ces manifestations disparates.

LE CAS PARTICULIER DU TRANS-SEXUALISME

Il est néanmoins une éventualité clinique bien à part que nous voudrions exclure du cadre de notre démarche compréhensive, bien qu'elle comporte une conviction de changement de sexe que l'on peut qualifier de délirante. Il s'agit du trans-sexualisme. Car si ces hommes sont persuadés de leur appartenance au sexe féminin et d'une monstrueuse erreur de la nature qui leur a donné un corps d'homme qu'il faut par tous les moyens transformer en corps féminin, la structure de leur Moi n'est pas suspecte de morcellement. C'est une idée délirante en secteur qui situe le trans-sexualisme à une jonction tout à fait originale de la perversion et du délire, mais tout à fait en dehors de la schizophrénie.

CHAPITRE IV

PLACE ET FONCTION DE L'HOMOSEXUALITE DANS LA SCHIZOPHRENIE

P L A N

Point crucial de notre travail.
Légitimité d'une telle question.
La psychose schizophrénique n'est pas une défense directe contre l'homosexualité.
L'homosexualité du schizophrène et le mythe de l'androgyne.
L'analyse existentielle d'H. Ey.
Histoire de la dynamique pulsionnelle dans la schizophrénie.
La naissance du délire.
Signification particulière du thème d'homosexualité dans la psychose schizophrénique.

Nous voici arrivés au point sans doute le plus crucial de notre entreprise. On ne peut, en effet, se défendre de considérer comme primordiale la question de la signification de l'homosexualité dans la schizophrénie. C'est

l'interrogation obligatoire qui occupe l'esprit tout au long de l'observation clinique. D'ailleurs, cette recherche de pourquoi du thème dans la psychose est sans doute à l'origine de la mise en œuvre de ce travail.

Pourtant, on peut se demander si la question est légitime. Rappelons-nous ce qu'écrivait Guiraud en 1922 : « Les tendances homosexuelles fréquentes dans les délires systématisés ont été surtout étudiées avec quelque exagération par les psychanalystes, mais, généralement, elles ne constituent qu'un épisode accessoire dans l'ensemble. » Peut-être, en effet, ne s'agit-il que d'un « épisode accessoire », d'une question sans importance, d'une, peut-être, coïncidence. A cela, il est encore trop tôt pour répondre et ce n'est qu'une fois avoir conduit notre raisonnement à son terme et envisagé les recoupements possibles entre observation et théorisation qu'on sera à même d'apprécier l'importance ou la futilité du sujet abordé. Admettons seulement, à titre provisoire, le point de vue simpliste qui consiste à dire qu'il serait étonnant qu'une constatation clinique si fréquente soit fortuite et qu'elle est si manifeste qu'elle nous paraît faire problème. D'ailleurs, Guiraud, dans son rapport sur les délires, en 1950, a adopté un point de vue nettement plus nuancé. Nous envisagerons le problème du thème homosexuel comme une sorte de message de la part du schizophrène, message dont nous rechercherons le sens dans l'univers de non-sens qu'est le monde de sa psychose.

La deuxième question que nous nous poserons est en quelque sorte inverse. Nous avons déjà signalé dans notre historique et dans la délimitation de notre sujet vis-à-vis de la paranoïa, qu'une certaine psychanalyse avait eu tendance, partant d'une interprétation abusive du texte freudien sur le cas Schreber, à faire de l'homosexualité (de la réaction de défense face à une affirmation primordiale inconsciente d'amour homophile) la clef permettant

la compréhension de tous les délires chroniques et, en particulier, de la schizophrénie. Nous aimerions faire une mise en garde contre un point de vue aussi simpliste. En effet, pour fréquente que soit l'homosexualité du psychotique, nombreux sont les cas où l'observation la plus poussée n'en révèle aucune trace. D'ailleurs, nous estimons que la réalité en général, et tout particulièrement quand il s'agit de psychose, ne saurait se laisser enfermer dans des formules si étroites.. Comment, alors que l'on multiplie les modes d'approche de la schizophrénie, alors que sciences humaines et biologiques rivalisent pour énoncer quelques vérités fragiles sur elle, pourrions-nous résumer notre tentative d'approche en un psychanalytisme psychosexuel suranné ? Berouti nous paraît fondé à « dissiper le malentendu par lequel la psychanalyse se voit attribuer une conception qu'elle ne peut défendre : que la psychose en général et la schizophrénie en particulier serait une défense directe contre l'homosexualité ». Nous dirons avec Freud que le trouble de la démence précoce est beaucoup plus global, que c'est dans ses mailles qu'il faut rechercher la signification, si elle existe, de l'homosexualité. C'est sans doute dans la perte des fonctions du moi, dans les distorsions perceptives et les sensations ineffables d'étrangeté corporelle, dans le brouillage de l'identité, dans le défaut de contrôle émotionnel intellectuel et moteur, dans les perturbations de l'expression enfin, qu'il faut rechercher les origines de l'homosexualité avec peut-être un rôle signifiant particulier que nous chercherons.

Il est différentes façons de comprendre l'homosexualité du schizophrène selon les références théoriques dont on se réclame. Encore que sur ce point, c'est essentiellement à partir des points de repère analytiques que se situent les recherches et que les travaux ne soient pas légion. Il est cependant possible de circonscrire un ensem-

ble de notions originales à mettre sur le compte de l'analyse existentielle. C'est essentiellement à Henri Ey que nous nous référerons. De plus, dans son livre sur « les dimensions de l'homosexualité », Jacques Corraze, à la fin d'un chapitre consacré à l'homosexualité des psychoses, développe un point de vue que nous en rapprocherons. Après avoir cité des faits ethnologiques (rites homosexuels des Mohaves), après avoir rapporté des faits cliniques de délire de procréation et de quête féminine rapportés par Faergeman & Abraham, il en vient à évoquer le désir vaginal de l'homme à côté du désir phallique. Il en vient à se référer au mythe de l'androgyne tel qu'il apparaît dans le roman de V. Woolf, « Orlando ». Il parle de cette « nostalgie de l'autre sexe (comme d') un des rêves les plus profonds de notre condition ». Et de conclure : « C'est pour le vivre que certains sombrent dans la psychose. » Cette façon de s'adresser à la mythologie pour aborder le problème de l'uranisme ne nous paraît pas sans intérêt. Nous-mêmes, dans notre travail déjà cité [1], avions tenté une telle démarche. Nous avions trouvé des liens unissant mythe et phantasme et avions retrouvé dans un matériel clinique l'écho à certains mythes : le mythe de l'angélisme, négation du poids charnel du corps, de Narcisse complaisance dans la contemplation de sa propre image, le mythe du surhomme dépassant le dérisoire de la sexualité habituelle, le mythe de l'intemporalité, sentiment de négation du poids du temps, le mythe de l'androgyne, recherche d'une fusion entre la puissance masculine et la finesse féminine. Une telle démarche élargit le point de vue psychologique et le réfère à un passé ontologique qui se réitère jusqu'à nos jours. Mais une telle pensée, aussi riche d'enseignement

(1) Et paru dans le n° 2 de l'*Evolution Psychiatrique*, 1969 : « L'homosexualité masculine, aspects cliniques et mythologie », p. 313-336.

soit-elle pour l'approche de l'homosexualité, nous paraît sans fondement pour éclairer la schizophrénie. En vivant son homophilie, Dorian Gray vit de façon grisante, son intemporalité ou son androgynie. Peut-être cette grisante sensation est-elle un des ressorts de sa perversion. Mais la psychose bouleverse toutes les données du problème. Le psychotique ne devient pas psychotique pour vivre un mythe exaltant. Il est la victime d'une régression aliénante où, empêtré dans lui-même, il peut certes atteindre des archetypes de la pensée primitive, mais la découverte de mythes n'explique rien, c'est le pourquoi et le comment de la psychose qui peuvent peut-être le faire. Ce n'est certainement pas pour vivre le mythe de l'androgyne que le schizophrène devient homosexuel.

Beaucoup plus acceptable pour le clinicien est l'analyse d'Henri Ey dans la treizième étude psychiatrique et dans le commentaire de la conférence de Berouti. Pour lui, le problème de l'homosexualité doit se comprendre en référence à la différenciation des sexes conçue comme une problématique de l'existence. Il existe au plus profond de notre être, à un stade précoce de notre évolution, un état d'hermaphrodisme psychique naturel ; au stade où l'auteur situe l'inconscient, c'est-à-dire avant la naissance de la conscience. On trouve d'ailleurs souvent, et en particulier chez Freud (dans « Malaise dans la civilisation »), cette idée : « L'homme est doué d'une disposition non équivoque à la bisexualité. » C'est sans doute à ce moment d'hermaphrodisme psychique que prend naissance le mythe de l'androgyne. A partir de là, selon H. Ey toujours, la différenciation sexuelle morale et psychologique qui a à s'effectuer, à assumer le sexe biologique, doit passer par le narcissisme, amour de soi, étape obligatoire de l'amour, et c'est en ce lieu que l'homosexualité naturelle prend ses racines. Ce qui, prosaïquement, pourrait s'expliquer : pour pouvoir aimer l'autre,

il faut d'abord savoir aimer et cela ne s'apprend qu'en s'aimant d'abord soi-même. Le stade du narcissisme est antérieur à la notion de sexe. Puis la notion de sexe apparaîtra au contact des parents. Le futur hétéro-sexuel se fixant au parent de sexe opposé, le futur homosexuel inversant la situation œdipienne. Enfin, la dernière étape de cette évolution est celle où le sujet accède à l'ordre symbolique, c'est-à-dire se situe vis-à-vis de valeurs et de traits reconnus comme masculins ou féminins. De sorte que H. Ey comprend l'homosexualité du schizophrène comme un aspect particulier, vu sous l'angle de la différenciation des sexes, du mouvement régressif de la psychose. Si donc la perversion se comprend au niveau de la racine narcissique de l'amour avant la phase œdipienne, comme un choix narcissique précoce, la psychose, elle, se comprend au niveau encore plus profond où l'amour de soi n'existe pas, où l'être inconscient est sans être, sans conscience, sans structure temporelle ni spatiale, sous une forme archaïque, protoplasmique, ambiguë. Et c'est cet état de chose que nous révèle la psychose. C'est, dit-il, « le radical commun à la nature humaine auquel la maladie mentale restitue la force de son ambiguïté ». Nous verrons à quel point cette façon de voir nous paraît proche du point de vue analytique. Cependant, certains mots ont un sens quelque peu différent (narcissisme, inconscient, œdipe) et il existe une divergence dans la façon d'envisager le stade très précoce du développement. Il y a surtout deux points sur lesquels, me semble-t-il, ils diffèrent. Le premier est qu'H. Ey, tout en élargissant la notion de différenciation des sexes jusqu'à une « problématique de l'existence », n'en semble pas moins convaincu qu'il s'agit d'un problème de sexualité alors que, avec les analystes, nous serions tentés de penser qu'il s'agit d'un problème en deçà de la sexualité. Un problème qui touche à l'identité, à l'unité du corps,

à l'image de ce corps. C'est pourquoi, lorsqu'il se donne le statut d'homosexuel, il le fait peut-être pour répondre à un besoin non sexuel donné. Du moins est-ce la question que nous allons nous poser et qui est le deuxième point de divergence avec l'analyse existentielle. N'existe-t-il pas une positivité du délire homosexuel en plus de son aspect régressif ? Ne remplit-il pas une certaine fonction autre que celle de révéler une virtualité enfouie ? Nous aurons recours aux travaux analytiques pour tenter de répondre à de telles questions.

En nous appuyant sur le texte de Freud sur le narcissisme, sur celui d'Abraham sur la démence précoce, sur le travail déjà cité de Berouti, pour ne citer que les plus importants, nous suivrons notre raisonnement en trois points :

1° L'histoire de la dynamique pulsionnelle chez le schizophrène.

2° La naissance du délire et sa fonction générale.

3° La signification plus spécifique que l'on peut trouver au thème dont nous avons fait l'objet de notre étude.

Nous envisagerons par la suite le cas particulier des pervers faisant des épisodes psychotiques et dont le cas doit se comprendre par référence à leur perversion et non plus par rapport à la schizophrénie. Nous rechercherons enfin, pour terminer, la possible vérification clinique de tant de théorie dont on peut à juste titre mettre en doute le bien-fondé.

I. — HISTOIRE DE LA DYNAMIQUE PULSIONNELLE DANS LA SCHIZOPHRENIE

Dans son texte « pour introduire le narcissisme » (1914), Freud nous convie à admettre qu'il existe deux libidos, ou deux aspects distincts de cette dernière : celle

qui a pour fonction d'investir le sujet, qui est la ressource énergétique du narcissisme et qu'il nomme libido du moi ; celle qui a pour but d'investir les objets avec lesquels le sujet va être en relation, qui connaît son paroxysme dans la passion amoureuse et qu'il nomme libido d'objet. Le fait primordial dans la démence précoce va consister en un désinvestissement des personnes et des choses du monde extérieur sans substitution d'autres objets à son imagination. Ainsi donc, cette économie de libido ne sera pas réinvestie, sauf peut-être en partie sur sa propre personne. Parallèlement à ce désinvestissement, la démence précoce détruit la capacité à sublimer. A l'état normal, la libido d'objet opère une sublimation sur une série de perversions inhérentes à l'état du nourrisson, le voyeurisme est sublimé en honte, le sadomasochisme en peur, l'homosexualité en dégoût. Rien de tel ne s'opère chez le schizophrène dont les perversions les plus archaïques persistent du fait de la non-sublimation. Enfin, la psychose détruit la capacité à transférer, l'absence de toute potentialité libidinale vers les autres ne lui autorise pas cette forme particulière de lien qu'est le transfert. Le négativisme n'est-il pas justement l'absence massive du transfert ? [1] Le résultat de cet ensemble de processus (désinvestissement des objets, défaut de sublimation, incapacité à transférer) est l'état que Freud et Abraham nomment auto-érotisme. Il s'agit d'un état de non-existence, comparable à celui du nouveau-né qui ne connaît du monde que le plaisir que lui procure l'alimentation maternelle. C'est un état régressif profond qui boycotte le monde extérieur et les autres. Il résulte de la concentration de la libido sur le moi. Un moi en contradiction avec le monde et qui ne pourra le réinventer

(1) N. B. : nous exposons là les idées d'Abraham, qui ne semble pas envisager la massivité de certains transferts chez les schizophrènes.

qu'à travers ses désirs inconscients, c'est-à-dire sous forme d'hallucinations. « Ce qu'on appelle « démence » dans la démence précoce, dit Abraham, est un phénomène auto-érotique. C'est un état où manque toute réponse affective au monde extérieur. » Cet état, né du désinvestissement des objets et qui est pour Abraham la particularité psychosexuelle de l'affection, contient, nous l'avons signalé, des perversions polymorphes non sublimées dont l'homosexualité. Mais c'est une perversion (celle-là même à laquelle se réfère H. Ey) qui nous paraît peu chargée d'énergie, antérieure au délire sans spécificité et qui se noie dans le magma psychique de cette période régressive. Abraham oppose point par point la dynamique pulsionnelle du dément précoce et de l'hystérique que soutendent des investissements excessifs, une sublimation accrue, des transferts faciles et multiples. Il convient de rappeler, avant d'en terminer avec le premier point de notre raisonnement concernant l'histoire de la libido chez le psychotique, le caractère éminemment régressif d'un tel processus puisque le stade de l'auto-érotisme anobjectal, bien antérieur à l'œdipe, est également antérieur au narcissisme objectal et autres stades précoces du développement antérieur à l'œdipe dont l'individualisation paraît au profane exercice d'école (attachement à l'objet partiel avec incorporation, attachement objectal avec exclusion génitale, attachement objectal postambivalent).

II. — LA NAISSANCE DU DELIRE

Nous rappellerons ici l'opinion de Green pour qui le problème de l'homosexualité du schizophrène doit se comprendre au niveau de la délusion, avec tous les problèmes d'identification que cela comporte. Dans la théorie psychanalytique, le délire assume, chez le psychotique, un rôle identique au rêve chez le sujet normal et au symptôme chez le sujet névrosé : il est la solution à un

conflit dont nous allons tenter de préciser les termes. L'origine du conflit se situe très précocement lors de la relation anaclitique avec la mère, contemporaine du stade d'auto-érotisme. A l'état normal, le rôle de la relation anaclitique à la mère est d'opérer cette symbiose. Cette fusion nécessaire entre sujet et objet grâce à laquelle la mère accomplit le « branchement » de l'enfant sur la réalité. C'est à partir de cette situation de fusion intime que le sujet sera progressivement amené à établir la distinction entre ce qui est lui et non lui, à se détacher de son objet le plus cher tout en maintenant d'étroits liens libidinaux avec lui, puis, petit à petit et, pourrait-on dire, par ondes concentriques, il arrive à distinguer en sa mère une personne distincte de lui, puis d'autres objets distincts de sa mère dont un (le père) posera de nouveaux problèmes d'identification. Rien de comparable dans le cas du délire où la nécessité d'une solution délirante vient d'une perturbation massive de la relation anaclitique. Alors que le mélancolique éprouve par accès l'angoisse de perdre un objet, le défaut textural du délirant vient de l'absence réelle ou fantasmatique d'objet. C'est de là que naît l'inorganisation, le morcellement de la conscience délirante. A partir de cette faille primordiale, le monde va apparaître, surtout à l'occasion d'états primordiaux, sous la même absence de structure. Il apparaîtra sans intentionnalité, sans orientation, sans amour, sans « aimant », sans investissement possible, sans dimension temporo-spatiale, néant voué à la destruction et inspirant une immense angoisse. Le néant du monde et le néant du sujet en viennent à faire un ; soi et non soi deviennent indistincts comme monde extérieur et intérieur. Il n'y a plus hasard ni contingence. Pensées et émotions signifient tout hors de lui et en lui qui n'a plus de limite. Privée d'appui objectal, la vie psychique n'est pas possible.

Le délire va naître du caractère insupportable de cette

angoisse et de l'irruption de certaines pulsions caricaturales de désir. Le délire va apparaître comme un remède contre l'angoisse psychotique et les pulsions monstrueuses du moi. D'ailleurs, si le délire se développe, l'angoisse s'apaise, alors que, s'il diminue, l'angoisse va resurgir. Le délire, c'est un moyen magique pour faire retrouver l'objet inexistant. Le délire, c'est la dernière chance avant la non-vie (délirer ou exister). Le délire, c'est recréer, reconstituer inconsciemment le monde détruit où se meut le sujet envahi par l'angoisse. « J'ai tout compris », dira le délirant le jour où il aura trouvé une solution stable à son angoisse anéantissante. Il sera soulagé, victorieux, il aura cristallisé ses pulsions archaïques et la défense contre son néant originel sur une façon stable d'envisager soi-même et le monde. Mais ce sera au prix de ce que l'on appelle communément la Raison. Il réorganisera sa personnalité selon le monde nouveau né de cette recréation et ses rapports avec les autres seront également nouveaux et singuliers.

III. — SIGNIFICATION PARTICULIERE DU THEME D'HOMOSEXUALITE DANS LA PSYCHOSE SCHIZOPHRENIQUE

Nous avons fait, plus haut, un rapprochement entre rêve, symptôme névrotique et délire comme étant tous trois la solution d'un conflit ; nous pensons que, comme dans leur cas, il existe un contenu manifeste et un contenu latent. Malgré le travail hautement symbolique et l'aspect en apparence incongru du thème délirant, il existe sûrement un lien entre le contenu du délire et la béance qu'il a pour mission de combler. Ainsi, dans leur travail cité plus haut, Nacht & Racamier mentionnent l'exemple d'un malade qui se disait le fils de Napoléon et de Joséphine. Une fois l'accès délirant terminé, il expliqua son thème en disant qu'il se sentait animé de la force virile

et de la douceur féminine. Son délire avait puisé dans la légende le symbole de la puissance de l'empereur et de la douceur de l'impératrice. Il nous paraît donc légitime de rechercher derrière un thème délirant assez précis un sens peut-être également précis.

L'émergence du thème homosexuel se situe à un moment fécond où l'acuité du trouble demande une solution urgente. C'est alors que angoisse et imaginaire vont céder le pas à l'action, les fantasmes à l'expression ; l'interrogation va se cristalliser en une problématique, l'ambivalence en ambiguïté.

Le caractère défensif est souvent mis en exergue. Held décèle dans le thème homosexuel une intention antimorcellante, c'est de l'angoisse de morcellement du corps que naît l'idée de ce corps moins déréel puisqu'il a un sexe, un nom, un statut. C'est l'apragmatisme et l'impuissance du schizophrène qui vont se trouver transfigurés dans ce baptême. C'est une défense originale contre-agressive et contre-dépressive. Elle étouffe l'angoisse au berceau et c'est l'immédiatité et la prégnance des défenses qui en constitue le caractère original.

Du point de vue économique, l'extrême tension psychique cède. L'angoisse née de la néantisation schizophrénique et les désirs archaïques de la libido pathologique semblent trouver une magique solution.

Mais plus qu'une simple parade à l'angoisse, l'émergence d'un thème homosexuel est un acting out positif. La conscience tend vers une structuration de l'image de soi. Le délirant cherche à se donner un sexe. Il se projette dans une vie sexuée, il s'identifie à un être qui n'est pas un idéal, mais qu'il sent à sa portée. Cet être sexué mais étrange, ce pourrait être lui. Il sort ainsi de son univers d'auto-érotisme et de narcissisme.

Sur le plan relationnel enfin, l'apparition, par l'homosexualité, de l'autre représente un pas vers un désir de

personnalisation. Le malade fait une tentative pour résoudre son ambivalence. Il cherche une reconnaissance de l'objet et de soi, une relation d'objet. Une fois obtenue l'unité de son corps et de son être, il tend vers un comportement génital, il inaugure dans un monde réel nouveau l'usage fantasmatique d'un corps réel au sexe déterminé.

Reste à apprécier la portée de cette défense originale. Ce n'est pas la guérison magique qu'obtiendra le sujet, c'est une bouée de sauvetage au moment de s'engloutir, mais ne s'agit-il pas d'un leurre ? Au moment où le triomphe semble assuré, n'est-ce pas un saut définitif dans la folie ? Mais peut-être que ce moyen d'éviter le pire reste à sa portée. Nous y reviendrons.

CHAPITRE V

CAS PARTICULIER DES PERVERS PRESENTANT DES EPISODES PSYCHOTIQUES

PLAN

Point de vue historique.
Point de vue clinique.
Point de vue structural.

Nous avons noté dans deux de nos observations (5 et 6) d'incontestables pervers qui avaient décompensé leur état sur le mode psychotique. Ce fait est de constatation clinique assez courante et l'on retrouve dans la littérature des cas analogues. En 1938 déjà, Bollmeier rapportait l'observation d'un homosexuel ayant présenté un épisode délirant psychotique à l'occasion du mariage de son partenaire. De même, la longue observation de Brody (*cf.* bibliographie) d'un schizophrène « guéri » par le passage à l'activité homosexuelle pose un problème de compréhension analogue.

D'un point de vue clinique descriptif, il est facile d'admettre que, comme la plupart des affections mentales, la perversion puisse se compliquer de schizophrénie, qu'à un moment donné le Moi ne puisse plus contenir les tensions dont il est le siège et soit l'objet d'une désintégration. D'ailleurs, ne connaît-on pas des « éclatements » de ce genre chez le mélancolique, chez le déséquilibré, chez l'obsessionnel, voire même chez l'hystérique ?

Mais du point de vue structural, que peut-on penser d'un tel glissement ? En nous référant aux travaux analytiques récents de Joyce Mc Dougall, de Piera Aulagnier-Spairani, de J. Clavreul, de G. Rosolato et de J.-P. Valabrega, qui traitent de la perversion, mais aussi au texte de Freud sur le fétichisme, nous allons essayer de comprendre quand et comment s'opère ce bouleversement dans la structure perverse. Ceci nous conduit une nouvelle fois à préciser ce que nous entendons par structure. Il ne faut pas y voir un carcan rigide, un moule établi une fois pour toutes. On ne fait pas un diagnostic de structure puisqu'en parler c'est adopter une attitude de compréhension, non d'explication. Une structure, ce n'est pas une organisation (combinaison d'éléments), ni la partie privilégiée d'une organisation ; ce n'est pas un système, c'est-à-dire une hiérarchie dans l'organisation ; ce n'est pas un modèle, c'est-à-dire une simplification commode du réel, comme en usent les mathématiciens. Quand nous employons le terme de structure, nous voulons dire (avec Pouillon) que, « dans chaque ensemble organisé et systématisé, il existe (...) une configuration ou structure d'éléments plus restreints qui le définit à la fois dans sa singularité et sa comparabilité, puisque c'est la variabilité de cette configuration qui le situe parmi d'autres ensembles définis selon la même procédure. » Ce n'est que cette entité très souple, comparable chez chaque pervers, mais singulière à chacun, qui peut permettre de les comprendre

et de considérer comme possible leur changement de structure.

Pour la perversion, comme pour la psychose, il nous faut remonter à la relation anaclitique unissant le nouveau-né et sa mère. Mais il faut supposer cette première relation heureuse, ce premier autre gratifiant pour l'enfant au point qu'il s'adonne « au mythe infantile de la toute-puissance ». Il se croit l'unique objet pour sa mère. Il ne peut admettre que sa mère puisse être manquante de quoi que ce soit. C'est au cours de cet état de béatitude primitive que va surgir la négation première : « Qu'il puisse ne pas représenter la totalité de ce qu'elle désire, donc qu'elle puisse être manquante de quoi que ce soit » (Piera Aulagnier). Et c'est à partir de cette négation première que le sujet « normal » doit accéder à la réalité, c'est-à-dire reconnaître que sa mère n'a pas de pénis, qu'elle est désirée et désirante d'un autre, enfin qu'il est exclu de ce désir par la loi de l'inceste que le père doit imposer. Mais l'accession à la réalité se fait par des tentatives successives d'interprétation des perceptions. Ainsi, le jour où l'enfant aura compris l'absence de pénis de sa mère, il se posera des questions confuses sur l'unisexualité originelle, sur le rôle du père dans un geste supposé autoritaire et agressif de castration. Une première faute de désir est projetée sur la mère. La cause et le lieu du péché originel, ce doit être elle (ce que l'on retrouve dans le mythe d'Adam et Eve). Il semble que le pervers en reste là, qu'il manque le tournant qui consiste à admettre la mère comme désirée par le père et de lui désirante. La différence des sexes est vécue comme un drame. L'aspect sacrificiel des scènes perverses rappelle l'horreur de la castration. Mais si le pervers ne veut pas admettre que sa mère n'a pas de pénis et s'il refuse la différence des sexes, il ne sombre pas dans le délire où pourra tomber le psychotique en

affirmant la réalité de ce qu'il désire. Le pervers, lui, mettra en œuvre un processus psychique original qui le mettra à l'abri de la psychose : le clivage du Moi décrit par Freud à propos du fétichisme. A la réalité de la castration, il oppose deux attitudes contradictoires : à la fois il dénie l'absence du pénis (il en affirme l'existence) et il la reconnaît. Il s'agit là d'un processus qui le défend contre la réalité qu'il dénie et l'existence perverse va consister à faire de cette contradiction une vérité sur la jouissance et un rapport à la loi.

De l'énoncé de ce qui précède, il ressort que la différence structurale fondamentale entre perversion et psychose est que, dans la première, il y a une réussite de la relation anaclitique, c'est-à-dire que le « branchement » du sujet sur le monde s'effectue, la démarche identificatoire peut se faire jusqu'au narcissisme. Par contre, dans la psychose, c'est « l'amarrage » initial qui ne s'effectue pas, l'insertion du sujet dans le monde la structuration même de son être. Mais, dans un cas comme dans l'autre, il s'agit de perturbations extrêmement précoces, de beaucoup antérieures à l'œdipe. D'autre part, la nature même du trouble qui consiste dans la perversion à porter atteinte à l'intégralité du Moi à un stade précoce de sa formation est en réduction ce qui se passe au sein du Moi psychotique. Le clivage du Moi, c'est un morcellement *a minima* et l'on peut concevoir qu'à la faveur de cette faille originelle, l'unité du Moi puisse céder, que la perversion puisse conduire à la psychose.

CONCLUSION GÉNÉRALE

Nous voudrions, pour terminer, envisager le problème du pronostic de ces cas où la schizophrénie a pris le masque de l'homosexualité. Et il se trouve que, ce faisant, nous allons pouvoir jeter un certain pont entre les deux parties de notre travail et envisager la portée pratique des théorisations dont on peut se demander les rapports qu'elles contractent avec la réalité quotidienne.

Après avoir rappelé un point d'historique (la perversion apparaît dans la démence précoce avec l'héboïdophrénie, forme de bon pronostic), nous prendrons pour point de départ la convergence de plusieurs opinions cliniques dont nous chercherons le fondement. Berouti, après l'analyse du cas de Paule S..., se déclare perplexe devant l'allure évolutive de sa malade. Il s'étonne de la trouver étonnamment « fraîche » après treize ans d'évolution psychotique. Bourgeois, qui a suivi plusieurs de nos cas, a eu la même impression. Ainsi, notre cas 13, qui est suivi depuis cinq ans, a pu, dans l'intervalle des hospitalisations, mener une vie normale ou presque. Le contact reste bon malgré la psychose. Or, dans ce cas, le délire homosexuel est central, résumant presque le tableau clinique. Il en est de même de notre cas 9, qui évolue sans

grand dommage depuis huit ans, et de notre cas 7, dont la psychose, il est difficile de préciser le début, est très ancienne.

D'autre part, nous avons, dans notre deuxième partie, développé l'idée que l'irruption de l'homosexualité sous sa forme de tendance, de thème délirant ou de comportement, correspondait de la part du moi délirant à un mécanisme de défense contre l'activité morcelante de la psychose.

Il est donc permis de se demander si l'on ne peut pas établir un lien de cause à effet entre la constatation clinique et l'interprétation théorique. Sans vouloir tomber dans un finalisme outrancier, nous posons la question de savoir si ce n'est pas parce que les modes de défense mis en œuvre sont efficaces que l'évolution de la psychose est rendue plus favorable. Si l'évolution meilleure de telles psychoses pouvait être établie sur de grandes séries avec des critères précis, la validité de notre tentative d'explication s'en trouverait accrue d'autant. Ce point de concordance entre l'observation clinique et l'interprétation théorique nous paraît le meilleur garant de l'intérêt qui doit s'attacher à l'étude de l'homosexualité au cours de la schizophrénie.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes condisciples, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Reconnaissant envers mes Maîtres, je tiendrai leurs enfants et ceux de mes confrères pour des frères, et s'ils devaient apprendre la médecine ou recourir à mes soins, je les instruirais et les soignerais sans salaire ni engagement.

Si je remplis ce serment sans l'enfreindre, qu'il me soit donné de jouir heureusement de la vie et de ma profession, honoré à jamais parmi les hommes. Si je le viole et que je me parjure, puissé-je avoir un sort contraire.

Vu :
Bordeaux
Le Doyen,
H. BRICAUD

Vu :
Le Président de Thèse,
M. BLANC

Vu
Bon à imprimer :
Bordeaux
Le Recteur,
J. BABIN

BIBLIOGRAPHIE

Abraham (K.). — Les différences sexuelles entre l'hystérie et la démence précoce. *Œuvres complètes,* t. I, trad. franç. (Payot, édit.), Paris, 1965, 36-47.

— Examen de l'étape prégénitale la plus précoce du développement de la libido. *Ibid.,* t. II (Payot, édit.), Paris, 1966, 231-254.

Alby (J.-M.). — Contribution à l'étude du trans-sexualisme. Thèse, Paris, 1956 (dactylographiée), 312 pages.

Aulagnier-Spairani (P.). — Aspect théorique des perversions. *Cahiers Laënnec,* sept. 1965, n° 3, 56-68.

— La perversion comme structure. *L'inconscient,* 1967, n° 2, 11-41.

Bargues (J.-F.). — L'homosexualité masculine, aspects cliniques et mythologie. *Evol. psych.,* 1969, n° 2, 313-336.

Bargues (J.-F.), de Boucaud (D.) & Bourgeois (M.). — Homosexualités et schizophrénie. *Ann. Méd. Psych.,* 1968, t. II, n° 3, 404.

Bateson (G.), Jackson (D.), Haley (J.) & Weakland (J.). — Toward a theory of schizophrenia. *Behav. Sci.,* 1956, n° 1, 251-264.

Berouti (R.). — L'homosexualité du schizophrène (modalité signifiante de l'absurdité schizophrénique). *Entretiens psych.*, 1965, n. 11, 47-99.

Bleuler (E.). — Dementia precox oder gruppe der schizophrenien (1911). Traduction résumée par H. Ey et ronéotypée dans le cadre du cercle d'études psychiatriques.

Bollmeier (L. N.). — A paranoïd mechanism in male overt homosexuality. The psychoanal. *Quart.*, 1938, 357-367.

Brody (E. B.). — From schizophrenia to homosexual: a crisis in rol and relating. *Amer. Journ. Psychoth.*, 1963, **17**, 579-595.

Carraz (Y.). — Aux frontières de la schizophrénie : l'héboïdophrénie. *Encéphale*, 1969, t. LVIII, n° 2, 97-111.

Claude (H.). — Les psychoses paranoïdes. *Encéphale*, 1925, 20e année, n° 3, 137-149.

Clavreul (J.). — Remarques sur la question de la réalité dans les perversions. *La psychanalyse*, n° 8.

— Aspect clinique des perversions. *Cahiers Laënnec*, septembre 1965, 25e année, n° 3.

— Le couple pervers. In « Le désir et la perversion » (Seuil, édit.), 1967, 91-106.

— Le pervers et la loi du désir. *L'inconscient*, 1967, n° 2, 75-88.

Clelland (M. C. Mc). & coll. — Sex alienation in schizophrenia. *J. Abnorm. psychol.*, june 1968, **73**, 226-239.

Corraze (J.). — Les dimensions de l'homosexualité (Privat, édit.), Toulouse, 1969, ch. VI, 3° : l'homosexualité et les psychoses, 226-240.

Delay (J.), Deniker (P.), Volmat (R.) & Alby (J.-M.). — Une demande de changement de sexe : le trans-sexualisme. *Encéphale*, 1956, **45**, n° 1, 41-80.

Deleuze (G.). — Logique du sens. Edition de Minuit, Paris, 1969, 13e série : du schizophrène et de la petite fille, 101-114.

Eck (M.). — Sodome : essai sur l'homosexualité (Fayard, édit.), Paris, 1966.

Ey (H.). — La pensée paranoïde. *Evol. psych.*, 1936, fasc. II.

— Etudes psychiatriques. T. II : aspects séméiologiques. Etude n° 13 : perversité et perversion, 233-340 (Desclée de Brouwer), Paris, 1950.

— Les schizophrénies, E.M.C. *Traité de Psychiatrie,* 1955, t. I, 37-281, C. 10 ; 37-290, A. 20.

— Les problèmes cliniques des schizophrénies. *Evol. Psych.,* 1958, fasc. II, 149-211.

Fedida (P.). — « Psychose et parenté » (naissance de l'anti-psychiatrie). *Critique,* oct. 1968, n° 257, 870-895.

Ferenczi (S.). — Sex in psychoanalysis, ch. V: « Homosexuality in pathogenesis of paranoïa. » New York, R. Brunner, 1950.

Follin (S.). — Sur la psychopathologie du processus schizophrénique. *Evol. Psych.,* 1958, fasc. II, 213-275.

Freud (S.). — Remarques psychanalytiques sur l'autobiographie d'un cas de paranoïa (Dementia paranoïdes). (Le président Schreber.) In « Cinq psychanalyses » (P.U.F.), Paris, 1954, 263-324.

— Pour introduire le narcissisme, texte ronéotypé par les soins de la Société française de Psychanalyse.

— Certain neurotic mechanisms in jealousy, paranoïa and homosexuality. *Internat. J. of psychoanal.,* 1923, vol. IV, 1-10.

— Métapsychologie (Gallimard, édit.).

— Malaise dans la civilisation, texte ronéotypé inédit.

Gardner (C. F.). — Evidences of homosexuality in one hundred and twenty unanalyzed cases with paranoïd content. *Psychoanal Rev.,* 1931, **18**, 57-62.

Grauer (D.). — Homosexuality and the paranoïd psychoses. *The psychoanal. Quart.,* 1955, **24**, 516-526.

Guiraud (P.). — Délire systématisé et inversion sexuelle. *Ann. Méd. Psychol.*, 1922, **80**, n° 2, 128-133.

— Psychopathologie des délires. Congrès international de Psychiatrie, Paris, 1950 (Hermann et Cie, édit), vol. I, 1-57.

Guyotat (J.) & Marie-Cardine (M.). — Structures délirantes et paranoïa. *Cahiers méd. Lyon*, t. XLIII, n° 24, 2059-2067.

Halberstadt (M. G.). — La forme héboïdophrénique de la démence précoce. *Ann. Méd. Psychol.*, 1925, t. II, 23-32.

Humbert (P.). — Homosexualités et psychopathies. Thèse, Paris, 1935, n° 159.

Jallade (S.), Losson (J.-P.), Losson (M.) & Marie-Cardine (M.). — La théorie psychanalytique du délire. *Cah. Méd. Lyon*, 1967, t. XLIII, n° 24, 2069-2074.

Kahlbaum. — « Veber eine Klinische. Form des moralischen Inverseins. » *Allgem. Zsch. F. F. ps.*, 1885, vol. XLI, 711.

— « Veber Heboïdophrénie. » *Allg. Zschr. F. ls.*, 1890, vol. XLVI, 461.

Kammerer (Th.), Ebtinger (R.) & Pierron (G.). — « Représentation artistique d'un délire de bisexualité chez un schizophrène ». *Ann. Méd. Psychol.*, juin 1968, 126e année, t. II, n° 1, 41-56.

Klaf (F. S.). — Female homosexuality and paranoïd schizophrenia. A survey of seventy five cases and controls. *Arch. General. Psychiat.*, 1961, **4**, 110-84, 112-86.

Klaf (F. S.) & Davis (Ch. A.). — Homosexuality and paranoïd schizophrenia: a survey of 150 cases and controls. *Amer. Journ. Psych.*, 1960, **116**, 1070-1075.

Klein (H. R.) & Horwitz (W. A.). — « Psychosexual factors in the paranoïd phenomenon. » *Amer. J. of Psychiat.*, 1949, C V, 697-701.

Lacan (J.). — D'une question préliminaire à tout traitement possible de la psychose. *La Psychanalyse*, 1958, vol. IV, 1-50.

Laing (R. D.) & Esterson (A.). — « Sanity Madness and the family », 1964, 1 vol., London, Tavistock Publications.

Leclaire (S.). — A la recherche des principes d'une psychothérapie des psychoses. *Evol. Psych.*, 1958, fasc. II, 375-411.

Lidz (T.), Cornelisons (A.), Fleck (S.) & Terry (D.). — « The intrafamilial environment of schizophrénie patients: II. Marital Schism and marital skew. » *The Amer. Journ. of Psychiatry*, 1957, 241-248.

Mallet (J.). — De l'homosexualité psychotique. *Rev. Franç. Psychoanal.*, 1964, t. XXVIII, 721-727.

Meketon (B. W.), Griffith (R. M.), Taylor (V. H.) & Wiedemann (J. S.). — Rorschach homosexual signs in paranoïd schizophrénics. *Journ. Abnormal. Soc. Psych.*, 1962, **65**, 280-284.

Miller (C.W.) — The paranoïd syndrome. *Arch. of neurol. and psychiat.*, 1941, **45**, 953-963.

Mischler (E. G.) & Waxler (N. E.). — Family interaction processes and schizophrenia: a review of curren theories. *Intern. Journ. Psychiatry*, juill. 1960, vol. II, n° 4, 375-428.

Moore (R. A.) & Selzer (M. L.). — Male homosexuality, paranoïa, and the schizophrenias. *Amer. Journ. Psychiatr.*, 1963, **119**, 743-747.

Nacht (S.) & Racamier (P. C.). — « La théorie psychanalytique du délire. » Rapport au XX^e^ Congrès des Psychanalystes de langues romanes, Bruxelles, 1958. In *Rev. franç. Psych.*, 1958, t. XXII, n^os^ 4-5, 417-532.

Ophuijsen (J. H. W. van). — On the origin of the feeling of persecution. *Intern. Journ. of Psychoanal.*, 1920, vol. I, 235-239.

Planansky (K.) & Johnston (R.). — The incidence and relationship of homosexual and paranoïd Features in schizophrenia. *Journ. Mental Sci.*, 1962, **108**, 604-615.

Pouillon (J.). — Présentation : un essai de définition (du structuralisme). *Les Temps Modernes,* nov. 1966, n° 246, 769-790.

Racamier (P.-C.) & Chasseguet-Smirgel (J.). — La révision du cas Schreber. *Rev. franç. Psychoanal.,* 1966, t. XXX, n° 1, 3-25.

Reich (W.). — Technique de l'analyse du caractère. X^e^ Congrès international de psychoanal., Innsbrück, 1927. Texte ronéotypé par la Société psychanalytique de Paris.

Rosolato (G.). — Etudes des perversions sexuelles à partir du fétichisme. In « Le Désir et la Perversion » (édit. du Seuil), 1967, 7-52.

— Généalogie des perversions. *L'Inconscient,* 1967, n° 2, 51-74.

— Trois générations d'hommes dans le mythe religieux et la généalogie. *L'Inconscient,* 1967, n° 1, 71-108.

Schiff (P.). — Les paranoïas et la psychanalyse. *Rev. franç. psychoanal.,* 1935, t. VIII, n° 1, 45-105.

Schweich (M.). — De la structure délirante (ronéotypie d'une conférence faite dans le cadre du cercle d'études psychiatriques), 1967.

Shockley (F. M.). — The role of homosexuality in the genesis of paranoïd conditions. *Psychoanal. Rev.,* 1914, vol. I, 431-438.

Trethowan (W. H.). — Early manifestations of schizophrenia. *Med. J. of Austral.,* 1958, 45^e^ année, n° 22, 722-725.

Valabrega (J.-P.). — Le problème anthropologique du phantasme. In « Le Désir et la Perversion » (édit. du Seuil), 1967, 163-206.

Watson (Ch. G.). — A test of the Relationship between repressed homosexuality and paranoïd mechanisms. *Journ. Clin. Psychol.,* 1965, **21**, 380-384.

Wolowitz (H. M.). — Attraction and aversion to power: A psychoanalytic conflict theory of homosexuality, in male paranoïds. *Journ. of Abnorm. Psychol.*, 1965, t. LXX, 360-370.

Wynne (C. C.), Ryckoff (I. M.), Day (J.) & Hirsch (S. I.). — Pseudo Mutuality in the family relations of schizophrenics. *Psychiatry*, 1958, **21**, 205-219.

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION 19

PREMIÈRE PARTIE. — OBSERVATIONS CLINIQUES .. 23

AVANT-PROPOS 24
OBSERVATIONS 27
CONCLUSION 67

DEUXIÈME PARTIE. — COMMENTAIRE DES OBSERVATIONS - ESSAI DE COMPREHENSION 69

Chap. I. — Délimitation du sujet 71
Chap. II. — Historique 85
Chap. III. — Remarques cliniques 93
Chap. IV. — Place et fonction de l'homosexualité dans la schizophrénie 103
Chap. V. — Cas particulier des pervers présentant des épisodes psychotiques ... 117

CONCLUSION 121

BIBLIOGRAPHIE 125